

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1913-1914. — N° 57

DU CHANCRE SYPHILITIQUE

DE LA

Muqueuse Pituitaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 13 décembre 1913

PAR

CHARLES FOSSÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né à Lyon, le 3 juillet 1889



LYON

IMPRIMERIE P. LEGENDRE & C^{IE}

14, Rue Belle-Cordière, 14

—
1913



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552624_0040

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 57

DU CHANGRE SYPHILITIQUE

DE LA

Muqueuse Pituitaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 13 décembre 1913

PAR

CHARLES FOSSÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né à Lyon, le 3 juillet 1889



LYON

IMPRIMERIE P. LEGENDRE & C^{IE}

14, Rue Belle-Cordière, 14

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LEPINE, PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	X...
Clinique des maladies mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique médicale.....	LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique.....	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	RENAUT.
Anatomie pathologique.....	MORAT.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	LESIEUR.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....	COURMONT (P).
Pharmacologie.....	ÉTIENNE MARTIN.
	COURMONT (J.).
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET.	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.	—
Clinique infantile.....	MOURIQUAND.	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.	—

AGREGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARGET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR.	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THÉVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON.	TAVERNIER.	GARIN	DUROUX
NOGIER.	CADE	SAVY	

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANNOIS, président ; NICOLAS, assesseur ;
MM. PIÉRY et SAVY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection.

A MA TANTE ET A MON ONCLE

MADAME ET MONSIEUR EUGÈNE GARIN

*Qui m'ont témoigné une sollicitude et
une amitié sans bornes, me traitant
toujours comme leur propre fils. Mon
bonheur passé, ma situation présente, je
les leur dois. Je leur dédie ce modeste
ouvrage, fût-il gage de mon infinie
reconnaissance et de mon inalterable
affection, pour tous les sacrifices qu'ils se
sont imposés pour assurer mon avenir.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR-ADJOINT LANNOIS

*Qui nous fait le très grand honneur de
présider notre thèse. Qu'il veuille bien
accepter ici nos sincères remerciements
et l'expression de notre respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET
SYPHILITIQUES A LA FACULTÉ

*Il a accepté très aimablement de faire
partie de notre jury de thèse. Nous som-
mes heureux de lui en exprimer notre
vive gratitude.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
PIÉRY ET SAVY

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

Le chancre syphilitique, a dit Fournier, est une graine bonne pour tous les terrains, une graine capable de germer n'importe où le hasard la dépose.

C'est ce qui a fait prétendre à certains auteurs que la syphilis est la moins vénérienne des maladies ou qu'il n'y a peut-être pas un centimètre cube du corps humain où l'on n'ait observé de chancres. Si ces aphorismes, en principe, contiennent malgré leur exagération une part de vérité, il n'est pas moins évident que certaines régions de l'organisme, moins accessibles que d'autres au contact ou au transport du virus syphilitique, sont exceptionnellement le siège de chancres à tréponèmes. Les fosses nasales en particulier, par leur profondeur sont rarement infectées. Mais, parmi les chancres de cette région nous distinguerons deux groupes : les chancres cutanés et les chancres muqueux. Et au nombre des premiers, nous ne comprenons pas seulement les chan-

cres siégeant à la racine du nez, sur le lobule ou sur les ailes, mais aussi les chancres des narines ou du vestibule des fosses nasales, qui se distinguent nettement de ces dernières proprement dites par leur revêtement cutané. Ces chancres sont relativement nombreux et l'énumération des cas publiés sortirait du cadre de notre étude.

Au contraire, les chancres de la muqueuse pituitaire sont beaucoup plus rares. Ce sont spécialement de ces accidents syphilitiques primaires que nous nous occuperons. Ici une petite digression anatomique nous paraît nécessaire pour très nettement délimiter l'objet de ce travail. Nous basant sur l'anatomie des fosses nasales de Jacques, dans le Traité de Poirier, nous adopterons comme zone de délimitation, entre la pituitaire et le revêtement cutané, le rebord inférieur des os propres du nez, éliminant ainsi, comme appartenant aux narines, les chancres situés sur la partie interne de l'aile du nez. La limite interne sera l'union de la sous-cloison avec la cloison des fosses nasales. Nous considérerons ainsi avec l'auteur précité, que la muqueuse de Schneider commence à 12 millimètres environ sur la paroi interne et à 16 à 20 millimètres sur la face externe de l'orifice extérieur du nez. Cette limite, d'ailleurs, est très facilement visible à la rhinoscopie, l'aspect de la muqueuse rosée et tomenteuse différant de celui de la peau, grisâtre, lisse et recouverte de vibrisses.

Nous n'ignorons point que cette distinction entre chancres de la peau et chancres de la muqueuse, très

précise au point de vue anatomique l'est beaucoup moins au point de vue anatomo-pathologique, puisque souvent les chancres de la pituitaire empiètent sur le revêtement cutané; d'autre part, l'histologie nous montre une zone de transition entre la peau et la muqueuse intranasale.

Aussi n'est-ce point tant la qualité du terrain où germera la graine syphilitique que nous voulons envisager en faisant cette distinction, mais plutôt la situation spéciale de la pituitaire. Car celle-ci, par le fait qu'elle est une muqueuse placée profondément dans les fosses nasales, crée pour les lésions syphilitiques primaires, dont elle est le siège, un tableau clinique tout différent de ceux que présentent les chancres de l'entrée du nez et même des narines.

Le syndrome intranasal que provoque cette situation particulière de la muqueuse, et qui n'existe pas pour les chancres du revêtement cutané, entraîne une difficulté de diagnostic considérable, puisqu'il peut donner le change avec toutes les affections des fosses nasales, coryza, diphtérie, corps étrangers, etc., lésions de la cloison, des cornets.

Nous avons parcouru toutes les observations publiées se rapportant à des chancres intranasaux; nous n'en avons strictement retenu que celles qui concernaient les lésions primaires de la muqueuse pituitaire. Nous les avons toutes reproduites, soit in-extenso, soit en résumé; quelques-unes cependant n'ont pas pu être vérifiées, par suite de l'impossibilité à trouver les journaux ou revues dans lesquels elles

furent publiées; nous ne ferons que citer leurs indications bibliographiques.

Nous commencerons par reproduire les deux observations inédites, dues à l'obligeance du docteur Jacod, qui ont servi de raison d'être à cette revue générale; l'une d'entre elles se rapporte à un cas de chancre de la cloison, lésion relativement commune; l'autre a trait à un chancre du cornet moyen, affection tout à fait exceptionnelle puisque nous n'avons pu en trouver dans la littérature rhinopathologique.

Nous ferons ensuite, après un court historique et quelques mots sur la fréquence des ulcérations primaires syphilitiques de la muqueuse nasale, une étude de ces chancres, examinant successivement leur étiologie, leurs symptômes, et insistant surtout sur leur tableau clinique et leur diagnostic. Après quelques mots sur leur évolution et leur traitement, nous reproduirons à la fin toutes les observations que nous avons pu recueillir pour étayer cette étude.

Avant de l'aborder, nous tenons à remercier le docteur Garel du bienveillant accueil qu'il nous a fait. Il nous a déclaré n'avoir pas observé depuis 1900 de nouveaux cas de chancres de la muqueuse nasale.

Enfin nous adressons nos très sincères remerciements au docteur Jacod qui nous donna le sujet de ce travail et nous permit de puiser largement dans un article inédit sur le même sujet (1).

(1) M. JACOD. — Sur le chancre de la pituitaire. (Annales des maladies des oreilles, du larynx, etc.), non publié.

OBSERVATION I

(M. JACOD, inédite)

B... Eugène, 12 ans.

Depuis les premiers jours d'août, le malade éprouve de la gêne pour respirer par la narine droite. Il vient se faire examiner pour cette gêne.

A l'examen, on est frappé par la présence de petites tuméfactions périostées dans les régions frontale et temporale droites, très douloureuses depuis quelques jours à la pression la plus légère.

Le malade se plaint aussi d'une violente céphalée à prédominance nocturne.

A la rhinoscopie antérieure, on ne trouve rien à gauche. Mais à droite, on constate une tuméfaction de la grosseur d'un petit pois, rouge, lisse, résistante au toucher et ne saignant pas, située au niveau de la partie antérieure [de la cloison et venant au contact du cornet inférieur du même côté. L'adrénaline ne la rétracte pas. Derrière elle, la cloison paraît normale.

Rien au naso-pharynx ni au pharynx. Rien au larynx. Gros ganglion angulo-maxillaire droit, dur et non douloureux. Très petits ganglions durs, en chaîne, le long des vaisseaux du cou.

Pas d'éruption cutanée.

Malgré le jeune âge du malade, à cause des périostites frontales, on pense à un accident syphilitique primitif. On apprend que l'aîné des frères du malade est actuellement en traitement pour des accidents syphilitiques secondaires (plaques muqueuses).

On fait au malade six piqûres intramusculaires de 0 g. 02 de biiodure avec 0 g. 50 de KI par jour. Dès les premiers jours du traitement, la céphalée nocturne disparaît ; les tuméfactions

tions périostées frontales et temporales s'affaissent ainsi que la tuméfaction de la cloison. Après la sixième piquûre, la muqueuse nasale est redevenue normale; les ganglions ont presque disparu. Il persiste seulement une petite chaîne ganglionnaire au cou.

Le malade n'a plus été revu. On ne sait donc rien sur l'évolution ultérieure de sa syphilis.

OBSERVATION II

(M. JACOD) (inérite)

Chancre du cornet moyen

M. F. . . , 25 ans, ouvrier pour la fabrication des peignes en celluloid, vient, en octobre 1912, à cause d'une céphalée périorbitaire tenace à droite et d'une obstruction nasale bilatérale, plus marquée à droite. Les deux symptômes ont apparu ensemble, il y a 3 semaines environ, en 48 heures, pendant lesquelles le malade a ressenti quelques frissons.

La céphalée est excessivement violente. Elle tient toute la moitié droite de la tête, mais est davantage localisée dans l'angle interne de l'orbite, contre les os propres; elle empêche le sommeil. La fosse nasale droite est complètement obstruée; la gauche l'est beaucoup moins. Le malade, toutefois, respire continuellement la bouche ouverte et prononce mal les consonnes nasales. Il mouche peu; les sécrétions, ordinairement claires, sont parfois épaisses, jaunes, et empêsent le linge. Pas de température. Le malade se sent abattu. A part ces quelques troubles, il ne présente rien d'anormal. Aucun antécédent pathologique.

Au premier examen, on voit manifestement que l'orifice narinaire droit est plus large que le gauche; la paroi latérale droite du nez est également plus convexe que normalement; le malade lui-même s'est aperçu de cette déformation. La peau à ce niveau est un peu infiltrée. En palpant le cou, on

trouve des deux côtés de l'angle de la mâchoire et le long du cou, des ganglions auxquels le malade n'a pas prêté grande attention, car il affirme en avoir toujours eu. Cependant, il reconnaît qu'à droite ils sont plus gros que d'habitude : l'adénopathie angulo-maxillaire est de ce côté, en effet, du volume d'une grosse noix ; elle est très dure ; les autres ganglions parotidiens et cervicaux profonds sont de la grosseur d'une olive, indépendants et durs.

A la rhinoscopie antérieure, les deux fosses nasales sont comblées par une muqueuse tomenteuse, très rouge, recouverte d'un exsudat muco-purulent aussi abondant à gauche qu'à droite ; les deux cornets inférieurs sont au contact de la cloison. Pour voir plus profondément, j'essaye de pulvériser un peu de cocaïne en solution forte et d'introduire des deux côtés un tampon d'ouate imbibée de cocaïne. Au bout de quelques minutes, toute la muqueuse nasale du côté gauche est rétractée ; les cornets sont encore un peu gros, surtout le moyen, qui est humide et luisant. A droite, au contraire, le cornet inférieur est seul rétracté, le cornet moyen reste tendu, tuméfié, au contact de la cloison ; sa muqueuse est très rouge, sauf au niveau de la portion déclive du repli où elle est œdémateuse ; on ne voit nulle part d'ulcération manifeste. Le méat moyen est presque comblé par le cornet ; la muqueuse, à ce niveau, a l'aspect œdémateux tremblotant des polypes muqueux. Sur le cornet inférieur, se voit un liseré de pus qui souligne le méat moyen.

A la rhinoscopie postérieure, pas de signe important : la queue du cornet moyen est très hypertrophiée et rouge, alors que d'habitude cette portion présente un aspect blanchâtre.

A la transillumination des sinus, les maxillaires sont clairs, le frontal gauche est clair, le droit est manifestement obscur.

Je songeai à une sinusite fronto-ethmoïdale aiguë avec rétention purulente, provoquant la céphalée et une réaction de toute la muqueuse nasale. Le malade n'ayant fait aucun traitement intra-nasal, il lui est donné le traitement

classique de la sinusite frontale aiguë (fumigations, pulvérisations huileuses nasales, etc.).

Le malade revient 10 jours après, avec les mêmes symptômes, sans aucune amélioration. Devant cette persistance, on soupçonne un accidentsyphilitique, mais un accident tertiaire. La peau de la paroi latérale du nez est encore plus infiltrée que précédemment ; elle paraît cartonnée quand on la pince entre les doigts. La douleur périorbitaire est plus accusée vers les os propres du nez. Le malade nie, très sincèrement, la syphilis ; il n'a jamais eu d'écorchure suspecte sur les organes génitaux, jamais d'angines récidivantes ; ayant 25 ans, il est marié depuis un an et il a eu, après dix mois, une petite fille bien portante.

Malgré ces dénégations, on engage le malade à venir à Lyon et à entrer à l'hôpital pour se faire examiner quotidiennement, s'il ne survient pas d'amélioration dans la semaine suivante. Cinq jours après, le malade se décide à entrer à l'hôpital St-Pothin dans le service de M. Lannois ; il accuse, par lettre, une légère amélioration, coïncidant avec une évacuation spontanée de pus jaune par la narine droite, mais la céphalée et l'obstruction nasale persistent.

Le matin, avant son entrée, je l'examine rapidement et trouve deux ulcérations douteuses sur les lèvres. Le malade affirme qu'il s'est mordu les lèvres il y a trois jours et que les ulcérations sont dues à ce traumatisme ; il les a cautérisées avec de la teinture d'iode.

A son entrée à l'hôpital, il se plaint qu'il a mal à la gorge depuis trois jours et que cette angine a coïncidé avec l'apparition des ulcérations labiales. M. Lannois constate qu'il existe des plaques confluentes, recouvrant la totalité des deux amygdales et fait le diagnostic ferme de syphilis secondaire. On conduit le malade au Dr Moutot, remplaçant alors le professeur Nicolas, qui confirme nettement ce diagnostic. Pas d'autres manifestations secondaires, muqueuses ou cutanées.

A l'examen rhinoscopique du côté droit obstrué, on trouve toujours le cornet moyen énorme, tendu, rouge, accolé contre la cloison; on ne voit aucune exulcération sur la surface visible. Au stylet, on éprouve une sensation de résistance. Le méat moyen est toujours presque complètement effacé. Par contre, le cornet inférieur est beaucoup moins tuméfié et permet à l'air de passer plus librement.

Il n'existe aucune trace d'ulcération suspecte, aucun reliquat douteux sur les organes génitaux, et pas de chaîne ganglionnaire dure dans les aînes. D'autre part, les ganglions parotidien, angulo-maxillaire et cervicaux à droite, ont tous les caractères des adénopathies satellites d'un chancre céphalique.

Le diagnostic d'un chancre de la pituitaire s'impose donc, chancre localisé au cornet moyen. L'ulcération est peut-être sur la face interne qui regarde la cloison ou sur la muqueuse du méat.

Le traitement syphilitique est institué immédiatement : on pratique une injection intraveineuse de 0 gr. 30 de salvarsan. Dans les quatre jours qui suivent l'injection, le malade ressent une très grande amélioration de la respiration nasale; la céphalée disparaît dès le deuxième jour. Après huit jours, la muqueuse du cornet moyen s'est détendue, mais elle vient toujours au contact de la cloison, et on n'aperçoit aucune ulcération. Deuxième injection de 0 gr. 40 de salvarsan, huit jours après la première. A partir de ce moment, les lésions nasales et les plaques muqueuses des amygdales diminuent rapidement. Troisième injection de 0 gr. 40 à huit jours de distance. Le malade part 20 jours après son entrée avec un traitement mercuriel. La respiration nasale est parfaite; le cornet moyen est encore un peu hypertrophié; entre la surface et la cloison, il semble qu'il existe quelques adhérences, qui saignent très facilement dès qu'on les touche; on ne voit toujours pas d'ulcération. Les plaques muqueuses amygdaliennes ont presque disparu. Seuls les

gânglions angulo-maxillaire et cervicaux supérieurs sont enrore un peu gros et durs.

Le malade a été revu en octobre 1913. Il n'a pas eu d'autres accidents secondaires que des plaques muqueuses dans la bouche. Le cornet moyen est adhérent à la cloison par plusieurs petites synéchies peu serrées. On retrouve encore une adénite dure à l'angle de la mâchoire.

La pathogénie du chancre est restée obscure, le malade n'ayant pas pu ou n'ayant pas voulu nous donner des renseignements à ce sujet. Il nie avoir eu des rapports sexuels, de quelque façon que ce soit, avec d'autres femmes que la sienne, non contaminée encore actuellement ; il n'a pas eu non plus d'attouchements suspects. Il incrimine les poussières dues à l'usure du celluloïd par les meules.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La possibilité d'une infection syphilitique par d'autres voies que les voies génitales a été acceptée de tous temps. On la trouve signalée jusque dans les plus vieux auteurs du XV^e et du XVI^e siècle.

Mais une connaissance exacte et précise de certains chancres extragénitaux, et en particulier de ceux des fosses nasales est de date relativement récente.

En effet jusqu'en l'année 1843 les chancres de la pituitaire étaient, peut-on dire, complètement ignorés. Toutefois, ce siège un peu spécial commençait à être soupçonné, puisque Mac Carthy (1) dès cette époque écrivait :

(1) Mac Carthy. Du diagnostic et de l'enchaînement des symptômes syphilitiques. (Thèse de doctorat. Paris, 1844, page 13.)

« J'ai eu l'occasion d'observer un grand nombre d'ulcères primitifs sur des parties du corps où on ne les rencontre pas habituellement, à la narine une fois, etc. »

Bien que l'auteur ne précise pas exactement le siège intranasal de cette ulcération, nous admettrons, comme il est classique de le faire, que le premier cas relaté de chancre induré de la muqueuse pituitaire remonte à cette époque.

Si nous avons un doute sur l'authenticité de cette observation, celle de Fournier, publiée dans l'Union médicale du 2 mars 1858 et citée dans les *Leçons sur le chancre*, de Ricord, nous paraît incontestable. C'était un véritable chancre de la cloison dont le diagnostic fut confirmé par une roséole typique.

Fidèle aux limites que nous nous sommes imposées, nous éliminerons les cas de Nodet, de Rollet, de Nettleship (1) qui certainement se rapportent à des chancres du revêtement cutané intranasal. « J'ai vu moi-même, écrivait Rollet en 1865, quatre chancres indurés du nez dont trois étaient greffés sur *la pituitaire à l'entrée des fosses nasales* ». Aussi n'est-ce qu'avec deux seuls cas vraiment précis, celui de Fournier et celui de Poncet publié, en 1881, que nous arrivons au premier travail d'ensemble paru sur cette question, à la thèse de Dupond en 1887.

Des trois observations nouvelles qui y sont contenues, nous ne retiendrons que celle de Moure. Les deux autres, cependant très intéressantes de Spencer

(1) Nettleship, *British med. Journ.*, 1875, t. II, p. 363.

Watson (1) et de Rasori (2) rapportées comme chancres de la muqueuse dans tous les travaux faits ultérieurement sur le sujet, seront par nous passées sous silence, pour la raison précitée.

Nous taïrons aussi les cas de Thibierge, (3), Bulckley (4), Mendel (5) pour ne citer que ceux de Morel Lavallée (1887), Marfan (1890). Celui de Cozzolino (6), cité dans la thèse de Brunon comme chancre de la cloison, n'a pu être vérifié par nous. La même année, Gemy publie l'observation d'une ulcération syphilitique primaire située profondément à l'union de la partie osseuse du septum et de sa portion cartilagineuse. Puis les thèse de Reboul (1892), de Le Bart, Bazénerie (1894) rapportent quatre nouveaux cas parmi lesquels il nous faut en citer deux notés par Hicguet, dont l'étiologie présente un intérêt tout particulier.

(1) Spencer Watson, *Medical Times and Gazette*, 16 avril 1881, p. 428.

(2) Rasori, *Ulcerò duro dell' interno della narice destra (Gazetta degli ospedali*, 1884, p. 93).

(3) Thibierge, Chancre syphilitique de la muqueuse nasale (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 28 avril 1894).

(4) Bulckley, *Syphilis in the Innocent*, New-York 1894.

(5) Mendel, Deux chancres symétriques des narines (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1895, p. 210).

(6) Cozzolino, Sifilide del naso e delle fosse nasali ; sifilide primaria (*Rivista clinica dell' università di Napoli*, janvier 1889, n° 1.)

A cette époque Chapuis (1), de Lyon, dans un article très documenté réunissant tous les cas connus de chancres de la pituitaire, en trouve vingt-deux, nombre que nous abaisserons à douze après une sévère sélection. Brunon, de Saint-Etienne, un an plus tard, dans sa thèse inaugurale, ajoute à la statistique de Chapuis les observations de Moure (2 cas), Arslan, Cimmino, Rueda, Garel (2 cas). Ce dernier auteur, en 1900, en publie quatre nouvelles dont une de chancre [des narines. Il cite aussi celles de Moreira (1895), Kohn (1897), Fournier (1897), Lermoyez (1898). Les cas d'Eudlitz (2), Richard d'Aulnay (3), Matlack (4) sont des cas de chancres de la sous-cloison : nous les passerons donc sous silence. Quant à celui de Kenefick (5), simplement relaté dans l'article de M. Garel en 1900, nous n'avons pu le vérifier.

Puis ce sont les observations de Collinet (2 cas 1901), Freudenthal (1901), Dieu (1905), Blanc, Siems et Rajat, Gaucher et Nathan (1907). Celles de

(1) Chapuis, Chancres de la muqueuse pituitaire (*Gazette des hôpitaux*, 13 octobre 1894, p. 1103).

(2) Eudlitz, Chancre de la sous-cloison (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1895, p. 124).

(3) Richard d'Aulnay, Chancre de la sous-cloison (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1895, p. 989).

(4) Matlack, Chancre des narines (*N.-Y. méd. Journal*, 10 octobre 1896, p. 488).

(5) Kenefick, Chancre de la cloison siégeant sur une ecchondrose (*N.-Y., méd. News*, 1898).

La Rosa (1), Antonio Fanoni (2), bien que n'ayant pu être trouvées par nous, même en analyse, doivent être cependant retenues parmi les chancres de la cloison. Ramognini (3), dans une revue générale sur les syphilomes primaires de la pituitaire qu'il fit paraître en 1907, en relate trois nouveaux cas (1 personnel, 1 de Calamida, 1 de Bertarelli). Rolleston, dans un article sur le même sujet, paru dans le *Lancet* en 1906, en trouve 60. Sur ce nombre, nous n'en retiendrons qu'une quarantaine environ après avoir strictement éliminé les chancres des narines.

Après la thèse de Lenoble (1908), l'observation de Batut (1908), qui cite aussi dans son article deux nouveaux cas de Hunt et de Monnier, sans d'ailleurs les reproduire même en résumé, après les deux cas de Stancanelli, ceux de Gaucher et de Pusatéri, nous arrivons enfin à la thèse toute récente de Froment, qui traite du chancre syphilitique du nez et en particulier de sa localisation au cornet inférieur. Cet auteur dit que le nombre des chancres intranasaux dépasse actuellement la centaine. Mais nous pouvons dire, après avoir très soigneusement épluché la nomenclature des observations relatées

(1) La Rosa, Uno caso di sifiloma iniziale del setto nasale (*Gazzetta degli ospedali*, 17 avril 1904).

(2) Antonio Fanoni (*The Post Graduate*, mars 1907, p. 265-271).

(3) Ramognini, Contributo allo studio dei sifilomi iniziale della pituitaria (*Giornale della malattie veneree e delle malattie della pella*, 1907, p. 287).

dans sa longue bibliographie, que le nombre des véritables chancres de la cloison n'atteint pas la cinquantaine, en y ajoutant les cas les plus récents de Dupond, Leikine, Pautet, Jacod. Et encore comprenons-nous dans ce chiffre les cas cités dans divers auteurs et que nous n'avons pu vérifier par suite de l'impossibilité matérielle à trouver les publications étrangères dans lesquelles ils sont relatés. (Kenefick, Séverini (1), Rosenwist (2), la Rosa, Fanoni, Hunt, Monnier.)

Toutes ces observations ont trait à des chancres de la cloison nasale. Quant à celles du cornet inférieur, elles sont exceptionnellement rares, puisque, malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu en trouver une seule à ajouter aux quatre cas déjà rapportés dans la thèse de Froment.

Le premier de ces cas est de date toute récente : il a été relaté par Brunon en 1903 chez un enfant de 7 ans. Les trois autres de Campbell, David, Guichard sont respectivement des années 1905, 1906, 1907.

Ainsi donc, nous pouvons diviser les fosses nasales proprement dites en trois régions, cloison, cornet infé-

(1) Severini Nicola. — Duo casi di sifilosclerosi del naso, l'uno del setto, l'altro narice destra (*Roma Tipographia ciotola*, 1892).

(2) Rosenwist. — Un cas insolite d'infection syphilitique extragénitale, chancre de la cloison du nez (Wratsch, 1899, n° 9).

rieur, cornet moyen, qui correspondent à trois étapes dans l'histoire des chancres primaires syphilitiques de la muqueuse nasale. Plus on s'élève, plus leur relation est de date récente. De ceux de la cloison la première observation remonte à 1844, de ceux du cornet inférieur à 1903.

Quant au chancre du cornet moyen, nous en avons rapporté le premier cas.

CHAPITRE II

Fréquence. — Statistiques. — Sièges

D'après le complet historique que nous venons d'exposer, il est aisé de conclure à l'extrême rareté des chancres du revêtement muqueux des fosses nasales et l'on peut dire que les cas observés sont de ceux que l'on publie. Et cette si grande rareté provient, comme nous le disions, non seulement de la profondeur même des fosses nasales qui les défend contre le contagement virulent, mais aussi de ce que l'esprit n'est pas attiré vers un diagnostic, qui ne s'impose pas directement à la vue et demande un examen spécial pour être dépisté.

Aussi la constatation de ces chancres est-elle presque uniquement du domaine de la rhinologie, et il est curieux de voir combien les multiples statistiques des syphiligraphes sont pauvres en observations de

cette nature, bien que ces statistiques portent sur un nombre considérable de chancres extragénitaux. Malgré que nous ayons déjà, dans le chapitre précédent, donné le nombre approximatif des lésions primaires de la syphilis nasale connus jusqu'à maintenant, nous avons cru intéressant de donner quelques statistiques prises chez des syphiligraphes de diverses nationalités. Nous verrons que la plupart d'entre elles sont muettes sur cette localisation particulière.

Dans les « leçons sur les chancres » de Ricord, rédigées et publiées en 1858 par Alfred Fournier, ce dernier s'exprime ainsi : J'ai dressé le tableau suivant sur les observations de 824 malades chez lesquels le siège du chancre a été noté avec précision.

Malades affectés de : Chancres du gland et du prépuce 314.

Pituitaire 1.

Plus tard, en 1899, le même auteur, dans son traité, dit avoir trouvé sur 9356 cas. 5 chancres du nez et un de la pituitaire.

Jullien sur 2043 chancres primaires, n'en rapporte qu'un seul de la pituitaire. A côté de la plupart des autres, ces statistiques sont relativement riches, mais comme le siège précis des lésions n'est pas indiqué, il est permis d'émettre quelques doutes sur leur authenticité en tant qu'appartenant aux fosses nasales, sauf pourtant pour le cas de Fournier.

Pour nombre d'auteurs, en effet, le chancre de la pituitaire paraît complètement ignoré.

En France, Cullerier, Lancereau, Mauriac, dans leurs traités n'en parlent pas. Armand Rizat en 1881 ne dit que ces mots : « Les chancres peuvent occuper la muqueuse pituitaire ».

Veslin, Peter, n'en ont observé aucun cas dans leurs statistiques qui ne portent il est vrai que sur un court laps de temps.

Feulard sur 710 sujets atteints d'affections des fosses nasales, ne vit qu'un cas de chancre pituitaire sur une femme.

A l'Etranger, Salsotto sur 201 cas de chancres extragénitaux observés de 1884 à 1892 n'en trouva pas un.

Bloch réunissant tous les cas de chancres extragénitaux notés à la Clinique du Professeur Pick à Prague durant onze ans n'en cite pas non plus.

Il en est de même de Krefting, dans la Clinique de l'Université de Christiania, de Neumann à Vienne, de Pospelow à Moscou.

Il serait fastidieux d'exposer les innombrables statistiques tant françaises qu'étrangères portant sur des chancres extragénitaux. Nous ne ferons que citer encore celle de Müncheimer en 1897, qui a réuni dans une statistique générale tous les chancres extragénitaux décrits. Sur 19.323, il en a trouvé 554 de la face et 220 du nez et des fosses nasales. Sur ces 220, une vingtaine environ appartiennent à la muqueuse pituitaire.

Plus près de nous, celles de Balzer (1901), Vignolo Lutati (1903), Minassian (1906), ne sont pas plus riches.

Duplay et Reclus cite un cas d'accident primitif des fosses nasales pour 1775 cas observés de chancres extragénitaux.

Enfin tout récemment A. Denker dans le *Lehrbuch der Krankheiten des Ohres* etc, qui a paru en 1912 ne parle même pas des chancres de la pituitaire et à l'article « syphilis du nez » relate seulement la statistique de Sendziak qui rapporte 118 cas de chancres du nez sur 3.767 cas de chancres des voies respiratoires et digestives supérieures.

Nous pouvons donc conclure à la rareté du chancre des fosses nasales, lequel appartient presque exclusivement au domaine de la rhinologie. Son siège le plus fréquent est de beaucoup la cloison cartilagineuse. Les cornets sont exceptionnellement infectés.

CHAPITRE III

Etiologie-Pathogénie

L'étiologie des chancres de la pituitaire est le plus souvent mystérieuse et impénétrable. Dans nombre de cas les médecins qui les constataient se sont en vain évertués à trouver une cause plausible à la contagion.

Etant donné la profondeur des fosses nasales, il est certain que les contacts directs doivent être éliminés et M. Garel dans son article de la revue de Laryngologie en 1895 disait qu'il serait ridicule de chercher aux chancres de la muqueuse nasale une origine vénérienne. Les carresses linguales, le contact génito-facial ne peuvent être incriminés dans leur étiologie que d'une façon vraiment exceptionnelle. Le virus syphilitique, pour pénétrer et provoquer l'inoculation à une telle profondeur, a besoin d'un moyen de

transport quelconque. C'est donc uniquement la contagion médiate que nous aurons à envisager dans l'étiologie des chancres de la pituitaire.

Parmi les multiples agents de contamination, il faut faire une plus large part aux doigts et aux ongles, et cela d'autant plus que la déplorable habitude de se gratter le nez avec les extrémités digitales reste ancrée dans les mœurs de beaucoup d'individus. Ces derniers s'excorient ainsi par les ongles la muqueuse nasale et font le lit aux tréponèmes, que les doigts sont allés récolter on ne sait où.

Les sources du virus sont diverses. Tantôt, comme dans les cas de Fournier, de Moure, de Marfan, de Guichard, la contagion est pour ainsi dire à demi vénérienne; car les accidents apparurent chez des gens qui, s'étant livrés à des attouchements vulvaires sur des femmes syphilitiques, négligèrent de se laver les mains et s'inoculèrent par leurs doigts ainsi contaminés. D'autres fois, l'origine de l'infection est tout autre. Le cas d'Arslan est bizarre à ce sujet : c'était une femme mariée avec un syphilitique porteur de plaques muqueuses buccales, qui avait l'étrange manie de mettre les doigts dans la bouche de son époux, et qui, un certain jour, s'inocula en s'introduisant négligemment ses mains dans les fosses nasales.

La malade de Blanc s'était contaminée de la même façon, en soignant un enfant atteint de coryza syphilitique; elle s'était fort certainement imprégné les extrémités digitales avec du mucus virulent.

L'origine professionnelle du contagement s'observe aussi. Nous citerons à ce sujet l'observation de Camp-

bell, concernant un médecin, qui vit apparaître sur un cornet inférieur un accident syphilitique primaire, deux mois après avoir circoncis un malade atteint de chancre induré du sillon balano préputial. Freudenthal relate le cas d'une inoculation ayant eu lieu à la suite d'un toucher vaginal chez une femme vérolée.

A propos de chancres professionnels de la muqueuse nasale, nous pouvons rapporter deux autres exemples. Ici le transport n'eut pas lieu par l'intermédiaire d'un objet quelconque, mais il y eut véritable projection du virus.

C'est le cas de la sage-femme, soignée par le Docteur Pautet, laquelle faisant un accouchement, reçut dans les fosses nasales, par suite de la rupture brusque d'une poche des eaux hypertendue, un véritable flot de liquide amniotique. Or, celui-ci était infecté, et quelques temps plus tard se développait un chancre induré intra nasal. Quant à l'autre cas, il est relaté par Guignard dans sa thèse : c'était celui d'un confrère inoculé par quelques gouttes de salive virulente projetées accidentellement par un de ses malades, dans la bouche duquel il cautérisait des plaques muqueuses.

La contagion digitale, bien que la plus fréquemment observée, n'est pas l'unique pathogénie des chancres de la pituitaire. L'inoculation peut aussi se faire par l'intermédiaire de tous les objets employés en commun, qui sont susceptibles d'être introduits plus ou moins profondément à l'intérieur du nez, tels les linges, les mouchoirs. Nous citerons

ici la romanesque aventure d'une jeune fille du meilleur monde, soignée par Stancanelli pour un chancre des fosses nasales, et qui s'était infectée à l'aide d'un mouchoir que lui avait prêté un trop galant danseur atteint de plaques muqueuses buccales.

Dans les cas d'Hicguet, le virus fut transporté par l'intermédiaire d'une tabatière commune. C'étaient deux typographes Belges. D'ailleurs, ajoute Hicguet, ces cas sont assez fréquents en Belgique, et peuvent être observés dans les mêmes ateliers de typographes, qui sont tous des priseurs invétérés, à cause de la quantité considérable de poussière d'antimoine qu'ils respirent.

Le véhicule du virus syphilitique peut être un objet quelconque, introduit accidentellement dans le cavum nasal. Nous rapporterons comme exemple l'histoire citée par Collinet, de ce marchand de vin qui avait la néfaste manie de se gratter l'intérieur du nez avec un crayon. Or, ce dernier trainait tout le jour sur son comptoir, et était manipulé ou mouillé par des clients plus ou moins sains, parmi lesquels se trouva par hasard un individu syphilitique.

Ces cas se voient surtout chez les enfants, dans la « syphilis of the innocent », de Bulckley. Nous citerons comme type le malade de Brunon, enfant de 7 ans, qui avait contracté un chancre du cornet inférieur. Or, cet enfant s'amusait souvent « à jouer à l'éléphant » et s'introduisait pour cela toutes sortes d'objets les plus hétéroclites dans les fosses nasales.

La plupart de ces observations sont très explicites et l'étiologie du chancre y est toujours très plausible, sinon très certaine.

Mais il en est, hélas, d'autres, très nombreuses, où la cause du mal se ramène à l'état d'une simple hypothèse.

En cherchant, l'on trouve bien la plupart du temps dans l'entourage plus ou moins rapproché du malheureux contaminé, un sujet syphilitique porteur de lésions en évolution. C'est ainsi qu'un des malades de Stancanelli vivait en grande intimité avec sa sœur vérolée. Dans un des cas de Garel, la jeune fille travaillait dans une usine, ayant pour voisine une femme porteur de lésions secondaires sur les lèvres. Gaucher et Giroux nous représentent leur malade couchant avec une amie atteinte de chancre vulvaire. Dans tous ces exemples, si la source d'origine est certaine, le mode de contamination ne peut être nettement précisé et peut être attribué à plusieurs hypothèses.

Enfin, dans d'autres circonstances, l'origine même du mal reste absolument incompréhensible et résulte, comme le disait Fournier, de cet ordre de contagions de pur hasard vis-à-vis desquelles toute recherche rationnelle perd ses droits.

En résumé, d'après ce que nous avons pu voir, le mode de contamination le plus habituel, est certainement l'infection par les doigts, qui ne se contentent pas d'être de simples agents de transport du virus syphilitique, mais qui, par leurs ongles, exco-rient la muqueuse, préparant pour ainsi dire le lit

aux tréponèmes. Nous affirmons ainsi une des redoutables conséquences de cette fâcheuse habitude qui consiste à « se mettre les doigts dans le nez ». Il faut voir dans cette manie, non seulement un simple geste qui choque l'esthétique et la bonne éducation, mais aussi une source des plus terribles ennuis.

Nous venons de donner une idée des modes les plus fréquents de contagion. Par ces dernières, nous pouvons essayer d'expliquer ce fait que l'on ne peut s'empêcher de remarquer en lisant les observations de chancres de la pituitaire, c'est que presque tous se voient chez des adultes. Les cas de M. M. Garel et Jacod, concernant des enfants de 14 et 12 ans, sont déjà rares ; quant à celui de Brunon où l'infection se fit chez un enfant de 7 ans, il est exceptionnel. Evidemment, ces enfants ont plus que leurs aînés, la fâcheuse habitude dont nous parlions plus haut. Mais le principal élément de l'étiologie des chancres de la muqueuse nasale, réside plutôt dans la source d'origine du virus syphilitique que dans le véhicule de ce virus. Et les adultes ont de multiples occasions de recueillir les tréponèmes, que n'ont pas les enfants. Ce sont, soit des causes vénériennes, comme les attouchements digito-vulvaires préliminaires du coït, soit des causes professionnelles comme chez les médecins, les sages-femmes et les nourrices.

CHAPITRE IV

Symptômes

La plupart du temps, ce sont les signes fonctionnels d'origine nasale, qui éveillent l'attention du malade. Il vient se faire examiner parce qu'il respire avec difficulté, parce qu'il souffre au niveau du nez et qu'il présente un écoulement narinaire d'un côté.

L'obstruction nasale constitue le *symptôme subjectif* le plus important. Dans certains cas, elle est réduite à une sensation presque insignifiante de gêne unilatérale, parfois même elle est si peu marquée que la lésion nasale était restée totalement inaperçue des malades : ceux de Morel-Lavallée (obs. IV), Marfan (obs. VI), Brunon (obs. I, cornet inférieur), ne se rappelèrent pas avoir souffert en quoi que ce fut du nez, lorsqu'on voulut rechercher la lésion initiale de leurs accidents secondaires. La plupart du

temps, l'obstruction nasale est, au contraire, très accusée, allant jusqu'à l'occlusion la plus complète : le malade respire la bouche ouverte, ronfle la nuit, se plaint d'avoir la gorge sèche et de prononcer difficilement les consonnes nasales.

Cette gêne respiratoire s'accompagne ordinairement d'une sensation pénible de prurit, de picotement, de cuisson ou de corps étranger permanent. Là encore on peut trouver, suivant les cas, une atténuation ou une augmentation des symptômes douloureux. Si quelques malades n'ont absolument rien ressenti (obs. Moure), d'autres accusent de très violentes douleurs à l'intérieur et autour du nez : notre deuxième malade venait beaucoup plus pour la céphalée périnasale et péri-orbitaire que pour l'obstruction du nez cependant manifeste. Enfin, dans un cas, celui de Kohn (obs. XVII), le malade souffrait au point de refuser tout examen.

L'écoulement nasal est constant. Tantôt il est minime et séreux comme dans un coryza banal, tantôt il est abondant, séro purulent ou purulent, empesant le linge. Il est rarement sanieux et ichoreux comme chez le premier malade de Moure (obs. III). Les sécrétions sont ordinairement striées de sang, sans hémorragie véritable ; toutefois Gaucher et Giroux (obs. XXXVIII), Neugass obs. XXXV), Batut (obs. XXXVII), rapportent que leurs malades présentaient de fréquentes épistaxis, au moindre effort et chaque fois qu'ils se mouchaient. Enfin, certains malades sont atteints de larmoie mentt du côté obstrué.

Parfois ce ne sont pas les symptômes d'origine nasale qui inquiètent les malades, mais l'apparition d'une tuméfaction notable de la région angulo-maxillaire ou d'une seule adénopathie volumineuse et peu douloureuse, située dans la région cervicale supérieure. Lorsque l'obstruction nasale ne leur a pas échappé, ils accusent à la fois les symptômes subjectifs du nez et la gêne avec déformation qu'ils éprouvent du fait de l'hypertrophie ganglionnaire.

Très rarement *l'état général* est fortement atteint. La céphalée constante à prédominance nocturne, l'insomnie qui en résulte entraînent toute fois une lassitude que tous les patients accusent plus ou moins. La syphilis en elle-même est d'ailleurs une cause d'anémie et d'asthénie. Certains malades présentent des frissons, de la fièvre (celui de Lermoyez en particulier), qu'on peut mettre sur le compte d'une infection surajoutée au chancre. Les douleurs ostéocopes ou péri-articulaires indiquent la généralisation du tréponème.

A l'examen direct du malade, les symptômes physiques sont très effacés, surtout quand le chancre n'a pas envahi le revêtement cutané des narines.

L'écoulement nasal, facilement visible provoque souvent un érythème léger de la lèvre supérieure du côté malade et parfois de la folliculite narinaire ou sous-narinaire avec croûtes.

Lorsque le chancre siège sur la portion inférieure et antérieure de la cloison, l'aile du nez est repoussée en dehors et l'orifice narinaire paraît aggrandi. S'il est profond et peu saillant, on ne voit parfois aucune

déformation extérieure; parfois, au contraire, comme dans notre deuxième observation inédite, la paroi latérale du nez est repoussée en totalité et le malade fait remarquer lui-même cette saillie.

La tuméfaction qu'on observe est certainement due à la compression mécanique exercée par le chancre, mais aussi à la lymphangite habituelle aux accidents primaires. Si on essaie de pincer la peau de la paroi latérale du nez, on s'aperçoit qu'elle est infiltrée, comme cartonnée; on peut même suivre cette infiltration vers la joue, où elle se perd insensiblement. Ce symptôme possède une grande valeur et devrait être cherché de façon plus rigoureuse. Les auteurs n'ont pas assez, à notre avis, insisté sur l'importance qu'il convient de lui attribuer.

A l'examen rhinoscopique, une des fosses nasales est normale. Dans celle qui est obstruée, la muqueuse de l'étage inférieur du nez est uniformément rouge et tuméfiée : la cloison et le cornet inférieur viennent en contact, si bien qu'on ne voit pas tout d'abord le chancre, quand ce dernier n'est pas très en avant sur la cloison. La présence d'une sécrétion mucopurulente, même peu abondante empêche encore d'observer la lésion de façon précise. Il devient nécessaire de pulvériser dans la narine une solution forte de cocaïne et d'y introduire, pendant quelques minutes, un tampon d'ouate imbibé d'adrénaline et de cocaïne.

La muqueuse saine rétractée, le chancre apparaît sous des aspects différents, suivant qu'il est ulcéré ou non et suivant le degré d'infiltration qu'il présente ;

néanmoins la plupart du temps quelques caractères permettent de le reconnaître.

Quel que soit son siège, c'est une tuméfaction rouge, lisse, tendue, se confondant insensiblement avec les parties saines, tuméfaction que l'œil devine indurée, comme charnue. Cette tumeur est parfois simplement exulcérée, à tel point qu'on distingue difficilement la solution de continuité de la muqueuse; il en a été ainsi dans certains chancres du cornet inférieur et dans notre observation du cornet moyen. A l'ordinaire pourtant la saillie formée par le chancre est nettement ulcérée. Cette ulcération est souvent recouverte de quelques croûtes et d'un exsudat adhérent, sphacélé, qui peut au premier coup d'œil simuler une fausse membrane. La surface détergée, on remarque que l'ulcération est à bords relevés, non déchiquetés, comme si la muqueuse avait été profondément enlevée d'un coup de curette. Cet aspect indique bien qu'il s'agit d'une néoplasie ulcérée et non d'une ulcération simple. Même dans les cas les plus discrets, l'érosion de la muqueuse n'est pas sur le même plan que la muqueuse environnante, ni en retrait sur elle; elle est manifestement en saillie et prend l'apparence d'un ulcère surélevé (*ulcus elevatum*).

Avec le stylet ou le doigt, on se rend compte que cette tuméfaction est nettement indurée: c'est une rénitence élastique, caoutchoutée, plutôt qu'une dureté cartilagineuse. Cette exploration est absolument indolore. Elle ne révèle pas non plus de point cartilagineux ou osseux dénudé, la lésion ne touchant que la muqueuse.

D'autre part la tumeur saigne peu, sauf au niveau de l'ulcération.

Enfin, un dernier caractère du chancre est de résister à l'action de l'adrénaline-cocaïne. Autour de lui, les tissus se rétractent et pâlisent ; lui au contraire garde son relief et son aspect charnu. Cette particularité possède une grande valeur dans certains cas douteux, notamment quand on assiste à la fin de la lésion primitive et qu'on cherche dans le nez la cause d'accidents secondaires syphilitiques en évolution. On peut alors trouver uniquement un épaississement localisé et non ulcéré de la cloison. L'induration évidente de ce point suspect, perçue au doigt ou au stilet, et sa résistance à la cocaïne, doivent faire soupçonner un accident primaire.

Les adénopathies cervicales, qui accompagnent toujours le chancre de la pituitaire constituent des symptômes physiques de ce dernier aussi importants que les signes rhinoscopiques. Les ganglions sont plus ou moins volumineux. L'un d'entre eux, le plus haut placé est ordinairement plus hypertrophié que les autres et peut atteindre le volume d'un œuf. En tous cas, ils ont les caractères habituels des adénopathies satellites d'un chancre : mobiles sous la peau et indépendants, de forme régulière, indolores, ils ont une dureté ligneuse et sont disposés en chaîne.

Dans la grande majorité des observations, dont les deux nôtres, l'hypertrophie atteignait les ganglions angulo-maxillaires, sous-maxillaires, parotidiens et ceux qui suivent les gros vaisseaux du cou.

D'après certains auteurs, Chapuis en particulier, ce ne sont pas là les vrais ganglions dont la muqueuse nasale est tributaire ; on devrait surtout observer dans les chancres de la pituitaire une adénopathie préhyoïdienne et pharyngienne profonde. Mais les recherches de Marc André (1) ont montré que, si les lymphatiques des fosses nasales vont en effet se jeter dans les ganglions sous-tubaires, latéro et rétropharyngiens, cervicaux profonds depuis la base du crâne jusqu'aux environs de la jonction moyenne du cou, il existe des anastomoses très importantes entre le système muqueux et le système cutané. Or ce dernier est tributaire des ganglions parotidiens, géniens et sous-maxillaires. On ne doit donc pas s'étonner de trouver dans le chancre de la pituitaire des adénopathies sous-maxillaires et parotidiennes, ce qui d'ailleurs est la règle, et il ne devient pas nécessaire d'incriminer une propagation de l'accident au revêtement cutané.

Cliniquement, les signes fonctionnels et objectifs que nous avons analysés ne sont pas toujours tous réunis.

Dans les deux tiers des observations, il est vrai, le tableau symptomatique est très chargé : obstruction forte avec céphalée, écoulement séro-purulent

(1) Marc André. Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales. Thèse, Paris, 1905-06.

G. Gellé. Les adénopathies dans les affections des fosses nasales et du rhinopharynx (Rapport à la Soc. franç. d'otologie, mai 1905).

abondant, chancre volumineux, adénopathie manifeste ; c'est la forme clinique habituelle du chancre de la muqueuse nasale.

Mais dans l'autre tiers des observations les symptômes sont beaucoup plus restreints. Certains malades n'ont jamais prêté aucune attention à leur affection nasale ; les autres n'en ont été que peu gênés. A l'examen rhinoscopique, le chancre lui-même a été très limité comme étendue et saillie pour constituer plutôt une érosion surélevée qu'une tumeur ulcérée. Que cette diminution de signes fonctionnels et physiques soit due à l'absence d'infection banale surajoutée, certains malades étant plus soigneux de leurs mains et de leur personne, ou bien à l'exiguité de la surface inoculée par le tréponème, il n'en est pas moins vrai que le chancre de la pituitaire peut être parfois très discret d'allure et difficile à déceler. On pourrait créer d'après ces cas une forme clinique spéciale que les auteurs ont appelé tantôt forme latente, tantôt forme érosive, suivant le point de vue auquel ils se sont placés.

CHAPITRE V

Diagnostic

Certains symptômes du chancre de la pituitaire ont une plus grande importance que les autres pour le diagnostic.

Les signes fonctionnels n'ont par eux-mêmes aucune valeur spéciale, semblables en effet à ceux de toutes les rhinites. Par contre, ils en acquièrent du fait qu'ils sont localisés à une seule fosse nasale ; cette unilatéralité des symptômes tend à faire éliminer les infections banales.

La tuméfaction indurée du chancre, saillante et rouge, ulcérée à son sommet, les adénopathies cervicales en chaîne dures et mobiles sont les signes physiques indispensables du chancre de la pituitaire.

Il semble que les réactions de laboratoire devraient être les éléments capitaux du diagnostic positif, mais

le Wassermann est souvent négatif au début de la période primaire et, d'autre part, la recherche du tréponème à l'ultra-microscope restera toujours difficile en médecine journalière.

Les malades se présentent pour le diagnostic de leur lésion dans deux conditions bien différentes, suivant qu'ils sont porteurs ou non d'accidents, syphilitiques secondaires.

I. — S'ils sont encore à la période primaire, c'est avec presque toutes les affections nasales qu'il faudra faire le diagnostic : affections généralisées, comme le coryza avec excoriations traumatiques, la rhinite consécutive aux corps étrangers, la rhinite pseudomembraneuse, la sinusite fronto-éthmoïdale aiguë, si la muqueuse a réagi violemment autour du chancre ; affections plus localisées, comme l'épaississement simple de la cloison, le lupus végétant, le sarcome et l'infiltration gommeuse tertiaire, si la tuméfaction chancreuse est limitée.

Lorsque la pituitaire a réagi violemment, la muqueuse est œdématiée et rouge dans toute son étendue ; la cloison et les cornets sont en contact, recouverts de muco-pus. Le malade avoue s'être gratté le nez et l'avoir fait légèrement saigner. Il est juste de penser tout de suite à un coryza intense avec excoriations traumatiques ou à une rhinite développée autour d'un corps étranger. Pour faire un diagnostic précis, on est obligé de pulvériser un peu de cocaïne en solution forte et d'introduire un tampon imbibé de cocaïne-adrénaline. S'il s'agit d'un coryza simple

avec excoriations, la muqueuse pâlit et s'affaisse ; les ulcérations apparaissent souvent multiples, minimes et irrégulières. En cas de corps étranger, ce dernier s'aperçoit immédiatement et fait faire le diagnostic.

Dans certaines observations, la fosse nasale du côté malade est obstruée par un exsudat de nécrose, adhérent, d'aspect pseudomembraneux. On songe beaucoup plus vite à une rhinite pseudomembraneuse, diphtérique ou non, qu'à une lésion primaire. Là encore les applications de cocaïne rendront un réel service. S'il ne s'agit pas de chancre, les fausses membranes deviennent plus manifestes, occupant la plus grande partie des fosses nasales ; la muqueuse sous-jacente est ulcérée mais sans induration ni saillie. D'autre part il est rare que la rhinite pseudomembraneuse soit unilatérale ; on trouve des fausses membranes dans les deux cavités nasales et la plupart du temps sur le rhinopharynx et le pharynx. Dans les cas difficiles, la culture positive de la fausse membrane viendra trancher le diagnostic en faveur de la diphtérie.

Chez notre deuxième malade, l'aspect clinique de l'affection était celui d'une sinusite fronto-ethmoïdale aiguë avec réaction de toute la muqueuse nasale. Le malade souffrait surtout autour de l'œil ; la cocaïne ne faisait rétracter que le cornet inférieur, sur lequel on voyait des traînées de pus liquide ; la muqueuse du méat moyen était tuméfiée et recouverte d'un liseré de pus ; enfin le sinus frontal du même côté était obscur à l'éclairage par transparence. On comprend combien le diagnostic peut

être difficile dans de pareilles conditions pour ne pas dire impossible, avant l'apparition des accidents secondaires. Il est vrai qu'il s'agissait dans ce cas d'un chancre du cornet moyen et que la sinusite aiguë existait en même temps comme complication.

Dans les cas où le chancre est très antérieur sur le septum nasal, et par suite en évidence, on est obligé d'éliminer les affections localisées de la cloison. Nous ne parlerions pas de l'épaississement simple de la cloison si plusieurs auteurs n'y avaient songé pendant longtemps. Il semble que l'application de cocaïne-adréraline aurait du immédiatement lever tous les doutes.

Avec le lupus végétant le diagnostic paraît également assez facile. Le lupus n'apparaît pas rapidement comme le chancre et les symptômes de réaction locale sont beaucoup moins accusés que pour ce dernier. La masse lupique est molle, à surface granuleuse avec une exulcération diffuse qui fait ressortir encore l'aspect tomenteux de la lésion. S'il existe une ulcération, elle est très irrégulière; elle ne repose pas sur une base indurée, rouge et tendue mais sur une tuméfaction plus molle ayant les caractères que nous venons de décrire. Souvent d'ailleurs l'autre côté de la cloison est atteint et présente l'aspect vermoulu du lupus non végétant. Enfin la tuberculose lupique ne s'accompagne pas de ganglions.

Un chancre volumineux, un peu lobulé autour de l'ulcération peut en imposer pour un sarcome des fosses nasales, d'autant plus que dans

les deux cas, il existe des adénopathies volumineuses et très dures. Un clinicien très avisé comme Lermoyez a pu hésiter pendant longtemps et poser même une indication opératoire d'urgence avant l'apparition des accidents secondaires. Toutefois, le sarcome n'a pas une surface lisse, n'est pas aussi rouge et tendu. S'il est ulcéré, l'ulcération n'est ordinairement pas à son sommet, ne possède pas de bords francs et sa surface elle-même est bourgeonnante. Il saigne beaucoup plus facilement que le chancre, soit spontanément, soit quand on le touche au stylet même dans une portion non ulcérée.

C'est avec les accidents syphilitiques tertiaires qu'on hésitera le plus souvent : même aspect de tuméfaction infiltrée et pleine, même ulcération surajoutée à bords relevés et durs. Le diagnostic visuel est impossible. Lorsque le squelette osseux est touché, quand on distingue un point nécrosé ou qu'on reconnaît au stylet une surface dénudée d'ostéite, le chancre peut-être éliminé. S'il n'y a pas d'atteinte osseuse, les adénopathies peuvent seules trancher le différent ; les gommes ne s'accompagnent pas en effet d'adénite. Mais comme les infiltrations gommeuses sont très fréquentes et le chancre de la pituitaire assez rare, on ne peut s'empêcher de penser beaucoup plus aux affections tertiaires qu'à une lésion primitive. Même si l'on est en présence de tous les symptômes caractéristiques du chancre, on devrait hésiter toujours à en porter le diagnostic ferme avant l'apparition des accidents secondaires.

II. — Lorsque les malades présentent des syphilitides secondaires, le problème n'existe plus si le chancre est encore manifeste et si le malade vient pour des symptômes d'origine nasale. Il se pose d'une autre façon si la lésion primaire est presque guérie ou a passé inaperçue. Alors il faut faire un diagnostic rétrospectif pour ainsi dire et chercher la porte d'entrée du tréponème.

On songe d'abord à une infection sexuelle ordinaire mais on ne trouve nulle part sur les organes génitaux d'induration suspecte et il n'existe pas la chaîne ganglionnaire de l'aine caractéristique.

Il faut, suivant le mot de Fournier, faire la chasse aux ganglions. Si l'on rencontre des adénopathies sous angulo maxillaire et cervicale profonde dures et mobiles, on songera immédiatement à la possibilité d'un chancre céphalique. L'absence de toute lésion indurée ou de cicatrice infiltrée sur les paupières, les lèvres, la langue ou les amygdales, dirigera l'interrogatoire du malade du côté des troubles fonctionnels d'origine nasale. Souvent à ce moment, le malade se rappelle seulement d'une obstruction nasale et d'un écoulement unilatéral, auxquels il n'avait pas porté attention auparavant.

A l'examen des fosses nasales, on ne trouvera habituellement qu'une lésion minime. Dans l'observation de Morel Lavallée, il s'agissait d'une érosion sans limites précises, sans bords, et il était impossible même en introduisant le doigt de sentir une induration quelconque. Chez notre premier malade on voyait simplement sur la cloison cartilagineuse,

une saillie rouge, arrondie, de la grosseur d'une lentille, non ulcérée, mais indurée manifestement et ne se rétractant pas sous l'influence de la cocaïne. La plupart des autres observations sont semblables à la nôtre.

Malgré le peu de symptômes qu'elles présentent dans ces conditions, ces lésions doivent être considérées comme les reliquats d'un chancre de la pituitaire, d'autant plus que les adénopathies sont dans ce cas angulo maxillaire et parotidienne. La recherche locale du tréponème sur l'ulcération pourra lever tous les doutes. D'ailleurs, le traitement mercuriel énergique fera disparaître l'érosion ou la tumeur, en même temps que les accidents secondaires et les adénopathies cervicales.

CHAPITRE VI

Evolution. — Pronostic

Le chancre externe du nez peut laisser à sa suite une cicatrice, par contre, le chancre muqueux intranasal se cicatrise rapidement et ne laisse pas trace de son passage sur les tissus. Les accidents syphilitiques primitifs de la pituitaire restent donc exempts de tout accident sérieux.

Il suffit, de parcourir avec attention toutes les observations que nous avons rassemblées pour constater qu'à part deux ou trois cas, tous les chancres muqueux ont évolué sans complication aucune, et leur guérison s'est effectuée sans laisser de séquelles. La syphilis a évolué sous forme d'accidents secondaires, mais le chancre, en tant que lésion isolée intranasale n'a causé aucun dommage.

Il faut cependant distinguer les chancres de la cloison des chancres des cornets.

Les premiers sont les plus bénins ; sauf le cas de Yerwant dans lequel la lésion laissa après elle une légère obstruction nasale, causée par du tissu cicatriciel, ils disparurent tous sans traces, en un temps variant entre 15 jours et un mois, suivant l'intensité du traitement.

C'est là d'ailleurs, l'opinion de tous les auteurs.

Duplay et Reclus affirment ne jamais avoir constaté de déviations de la cloison consécutives à des chancres.

Seul Jullien (1) prétend avoir observé lui-même dans le service de Lailler en 1874, une perforation de la cloison qu'il attribua à un ancien chancre syphilitique. Mais il n'a pas vu l'accident primitif et Dupond a contesté avec raison ce cas.

Fournier cite aussi comme complications au cours de l'évolution des chancres intranasaux la lymphite en nappe, voire même parfois une lymphite érysipélateoïde s'étalant sur la surface externe du nez, où elle se traduit par la rougeur des téguments, une tuméfaction et de la douleur.

Comme nous avons eu l'occasion de le dire déjà à propos des symptômes, ce sont là des phénomènes que l'on voit très souvent au cours des chancres de la pituitaire et qui peuvent presque être considérés comme faisant partie de la symptomatologie normale de ces lésions. L'épiphora passager que l'on trouve relaté dans certaines observations parmi

(1) Traité des maladies vénériennes, ed. 1866, p. 527-585.

lesquelles celle de Yerwant, les douleurs otiques du malade de Pautet ne constituent pas à proprement parler des complications.

Froment prétend qu'il peut y avoir des abcès de la cloison. Cela est possible, mais aucune observation ne vient confirmer cette hypothèse.

Les chancres de la cloison sont donc les plus bénins. Au contraire, les chancres des cornets peuvent s'accompagner de véritables complications. Cela s'expliquera très facilement si l'on se rappelle les rapports des cornets et des méats avec les diverses cavités accessoires des fosses nasales.

Dans le méat inférieur aboutit le canal nasal.

Le méat moyen communique avec les sinus frontal et maxillaire.

Dans le cas de Campbell, il y a du simple larmoie-ment, mais celui de Guichard est plus intéressant. Il s'agissait d'un chancre de la tête du cornet inférieur, qui s'accompagnait d'un épiphora très intense. Une fois guéri, il laissa une synéchie du cornet inférieur et de la cloison, amenant ainsi une légère déviation du septum. Il existait, d'autre part, un rétrécissement du méat inférieur avec adhérences étendues ayant englobé l'orifice inférieur du canal nasal ; la disposition de cet orifice sous la tête du cornet inférieur favorisait évidemment sa lésion.

L'abcès des voies lacrymales, qui a été signalé dans un cas de chancre des narines dû à Nettleship, était dû à une infection secondaire ayant remonté jusqu'au méat inférieur.

Chancre du cornet moyen. — Ici, le voisinage immédiat des orifices des sinus maxillaires et frontaux, débouchant dans le méat moyen, peut aisément expliquer l'infection de ces cavités nasales accessoires.

Dans notre cas unique de chancre du cornet moyen, la réaction inflammatoire de la pituitaire avait épargné le sinus maxillaire, mais avait envahi le sinus frontal du côté malade, qui présentait tous les signes d'une infection avec rétention purulente (céphalée sus-orbitaire, obscurité à la transillumination, décharge purulente intermittente). Cette complication revêtait même une allure si aiguë qu'elle fut considérée, avant l'apparition des accidents secondaires, comme une affection primitive, alors qu'en réalité, elle n'était qu'une lésion accessoire sous la dépendance du chancre primitif du cornet moyen.

D'ailleurs, l'évolution même du chancre n'en fut guère influencé, puisque sous l'influence d'un traitement intensif par le 606, tous les accidents rétrocedèrent rapidement.

Toutefois, il persista après guérison une légère adhérence du cornet moyen à la cloison par plusieurs petites synéchies peu serrées.

Ce sont là des accidents de voisinage pour ainsi dire. Mais le siège même du chancre a-t-il une influence sur l'évolution ultérieure de la syphilis.

D'après les conclusions de Stourme (1), on peut

(1) STOURME. — Essai sur le pronostic des chancres céphaliques indurés. Thèse, Lyon 1888-1889.

affirmer que les chancres céphaliques en général ne présentent pas une gravité plus grande que les autres au point de vue de l'évolution de la syphilis.

L'apparition des phénomènes secondaires cependant est, en général, plus précoce ; ceux-ci se manifestent, en effet, souvent avant la guérison de l'accident primaire. De plus ils sont plus bruyants, plus disséminés et l'éruption prédomine, en général, à la face.

Malgré cela la syphilis n'est pas plus grave dans le cas de chancres des fosses nasales que dans ceux de chancres de la verge. Les cas signalés de syphilis grave doivent être attribués plutôt à l'existence d'un terrain affaibli par des maladies antérieures. Tel est le cas du Dr Juliano Moreira de Bahia : il s'agissait d'une syphilis maligne consécutive à un chancre de la cloison chez un individu débilité par le saturnisme.

CHAPITRE VII

Traitement

Les chancres syphilitiques de la pituitaire ne nécessitent pas de traitement spécial. Ce n'est pas contre l'accident en lui-même que l'on devra lutter, mais contre la diathèse syphilitique, c'est-à-dire contre l'infection générale : c'est donc le traitement de toute syphilis au début, que l'on devra avant tout instituer.

Le traitement local, surtout si le chancre ne présente aucune complication septique, n'aura qu'une faible importance puisque ce dernier tend naturellement vers la guérison. Toute intervention pouvant contrecarrer cette disposition sera au contraire écartée. L'on pourra employer l'eau bouillie à 42-45°, les insufflations de poudres antiseptiques à l'airol, l'aristol, etc. On évitera les topiques irritants,

tels que le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent. Le calomel est un bon agent cicatrisant du chancre, mais comme l'ont fait remarquer quelques auteurs, il présente un inconvénient dans les ulcérations de nature douteuse pour lesquelles le diagnostic est incertain, car il provoque une induration artificielle de l'ulcération qui peut-être une cause d'erreur. Quant aux réactions inflammatoires du nez et des régions voisines, elles seront traitées simplement par les applications de compresses humides.

- L'excision du chancre, dont le principe paraît de prime abord assez juste, puisqu'elle a pour but de débarrasser l'organisme d'un foyer virulent, où pullulent les tréponèmes et d'où partent de nombreuses toxines, n'a pas paru en pratique donner les résultats merveilleux que l'on en attendait ; ce qui s'explique par ce fait, que, peu de temps après l'apparition du chancre, la dissémination dans le sang de l'agent pathogène et de ses toxines s'effectue. Il ne nous appartient pas de discuter la valeur de cette intervention que la plupart des syphiligraphes considèrent actuellement comme inutile. Nous dirons seulement qu'en ce qui concerne les chancres de la muqueuse nasale, nous ne pouvons que citer trois cas où l'excision ait été pratiquée : ceux de MM. Garel, Pusateri et Pautet.

Mais ce qui importe le plus c'est l'infection générale syphilitique, contre laquelle le traitement antispécifique ordinaire devra être opposé. La médication mercurielle est la médication de fond et de choix, que le mercure soit administré sous forme de

sels solubles ou insolubles. Ce traitement dans le cas de chancre de la pituitaire, comme d'ailleurs dans tous les cas de chancres céphaliques devra être énergique et intensif. Aussi la voie buccale, au début tout au moins, sera-t-elle insuffisante, et seule la voie sous-cutanée devra être employée.

Parmi les sels solubles, on aura le choix entre le benzoate de Hg ou le biiodure de Hg, pour ne citer que les plus usités. Ces sels solubles ont une efficacité très rapide et devront être employés toutes les fois qu'on le pourra.

Parmi les insolubles nous citerons l'huile grise à 40 %, l'huile au calomel. Ce mode d'administration du Hg. est moins actif, mais ne nécessite que des séances hebdomadaires.

Ce traitement mercuriel sera continué comme dans toute syphilis grave.

L'Iodure de K n'est qu'un adjuvant du Hg. Cependant, il sera, à doses faibles, et de préférence associé au Hg, d'un usage très utile, contre les violentes et tenaces céphalées qui accompagnent ordinairement les chancres de la pituitaire.

Parmi les traitements nouveaux que l'on a opposés à la vérole, nous devons dire quelques mots du 606 ou salvarsan.

Certes, ce dernier n'exclue pas la médication mercurielle, qui reste le traitement de fond de la syphilis; mais c'est là un remède d'attaque très précieux, qui blanchit rapidement les individus contaminés.

L'une de ses principales indications réside dans son emploi avant l'apparition des accidents secon-

daires, aussitôt que l'existence du chancre a été constatée. On peut espérer, dans ces conditions, produire une véritable stérilisation de la syphilis.

Au 606, qui offre quelques difficultés dans la préparation de ses solutions et qui, même, a pu présenter des dangers réels pour certains malades, beaucoup de syphiligraphes préfèrent, à l'heure actuelle, le *néosalvarsan*, neutre, soluble, pouvant s'employer en injections concentrées (méthode de Ravaut-Duhot) et n'ayant pas les mêmes inconvénients que le 606 (1).

(1) Consulter pour plus de détails :
René Coffiney. Contribution à l'étude clinique du Néo-salvarsan. Thèse, Lyon (1913-14).

OBSERVATIONS

I. — Chancres de la cloison

OBSERVATION I

FOURNIER (1)

Sujet de 29 ans. Chancre de la cloison des fosses nasales. Roséole. Plaques muqueuses amygdaliennes. Adénopathie cervicale postérieure.

OBSERVATION II

PONCET (Résumée) (2)

Jeune fille se présente porteur d'un chancre siégeant sur la cloison. A l'examen des fosses nasales on note une saillie

(1) A. FOURNIER. *Union Médicale*, 2 mars 1858.

RICORD. — Leçons sur les chancres. Paris 1858, dans les pièces justificatives réunies par A. Fournier, p. 344.

(2) A. PONCET. — Un cas de chancre, de siège insolite. Société des sciences médicales de Lyon, novembre 1880.

(*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1881, p. 115, *Lyon Médical* (1881, t. XXXVI, p. 130).

des dimensions d'une pièce de 50 centimes dont la surface est rouge et ulcérée, oblitérant la narine droite. Adénopathie sous maxillaire droite indolente. Syphilide papuleuse généralisée, très nette sur tout le corps. Plaques muqueuses de la gorge.

OBSERVATION III

MOURE (Résumée) (1)

Homme, 54 ans, entre le 25 septembre 1886 pour gêne de la respiration par la narine droite. Douleurs dans le côté droit de la tête. Voix nasonnée. Nez rouge un peu douloureux. Par la narine s'écoule une sécrétion ichoreuse, d'odeur fade, mais non fétide. Au début du mois d'août le malade se rappelle avoir ressenti seulement un peu de démangeaisons dans le nez. A l'examen, en dehors de la rougeur du tégument extérieur, on constate une déviation de l'aile du nez du côté droit, qui est soulevée par une masse fongueuse, rougeâtre en certains points, grisâtre dans d'autres où elle est recouverte d'un enduit pultacé. Cette tumeur comble l'orifice de la fosse nasale et s'étend environ à deux centimètres en arrière. La masse bourgeonnante est toute entière implantée sur la cloison à un centimètre de son insertion antérieure; elle saigne très facilement. Ganglions sous maxillaires droits tuméfiés. Deux mois après le début de l'accident nasal, le malade revint avec une roséole typique. Le traitement mercuriel suivi régulièrement durant 15 jours amena une diminution notable de la saillie des fosses nasales et deux mois plus tard le septum avait repris son aspect normal. Comme étiologie le malade s'est transporté probablement avec l'ongle le virus syphilitique qu'il avait récolté sur une femme vérolée et qu'il s'est inoculé en se grattant la cloison.

(1) E. J. MOURE. — Chancre infectant des fosses nasales.
(*Revue de Laryngologie*, 1^{er} juillet, 1887, p. 385-390).

OBSERVATION IV

MOREL-LAVALLÉE (résumée) (1)

Homme, 39 ans, entre pour une roséole syphilitique. Il existe aussi une hypertrophie de tous les ganglions. Le seul bobo que le malade dit avoir eu est une écorchure dans la narine gauche remontant à quelques semaines. De fait, l'attention une fois attirée, on constate une adénopathie plus prononcée dans les ganglions sous-maxillaires gauches.

A l'examen des fosses nasales au spéculum, on voit du côté gauche une érosion sans limites précises, sans bords, constituée par une surface grisâtre avec un piqueté rouge légèrement sanguinolent. Il est impossible de sentir une induration, attendu que l'érosion siège sur la cloison dont elle ne se détache pas sous la forme d'une saillie quelconque. Trois semaines plus tard, le chancre est presque guéri sous l'influence du traitement mercuriel ; la large plaque érosive est cicatrisée dans sa plus grande partie.

OBSERVATION V

GEMY (résumée) (2)

A... Joseph, 27 ans, entre le 7 décembre 1889, se plaignant de ne pouvoir respirer par la narine gauche. Volumineuse adénopathie des régions parotidienne et sous-maxillaire gauche. Sur le corps syphilide papuleuse ; larges

(1) MOREL-LAVALLÉE. — Deux observations de chancres extragénitaux (*Annales de dermatologie*, etc. 25 novembre 1887, p. 701).

(2) GEMY. — Chancre syphilitique de la cloison du nez, à l'union de la partie osseuse et de la portion cartilagineuse (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1890, p. 571).

plaques muqueuses sur la lèvre supérieure. A l'examen simple des fosses nasales, sur la partie moyenne de la cloison, une tumeur d'un rose pâle, recouverte de taches blanches. Cette tumeur proéminente, indurée, obstrue le narine de ce côté. Au rhinoscope, la lésion siège à l'union de la portion osseuse et de la portion cartilagineuse de la cloison. Elle présente un bord surélevé qui la circonscrit, et ne saigne pas facilement. Il s'agit bien d'un chancre syphilitique de la cloison du nez et le traitement mercuriel est institué. Dans les jours qui suivent, la lésion du septum s'affaisse et la cicatrisation commence à son pourtour, circonscrivant une légère ulcération grisâtre.

Le 5 janvier l'ulcération et l'éruption papuleuse ont disparu.

OBSERVATION VI

MARFAN (résuinée) (1)

Jeune homme, 17 ans. Vers la fin du mois de septembre, il s'aperçut qu'il survenait une tuméfaction dans la région sous-maxillaire et parotidienne du côté droit. Le 15 octobre, il s'aperçoit qu'il présente sur le tronc de petites taches rouges et il entre à l'hôpital.

A l'entrée, on constate une éruption généralisée de taches rouges non saillantes, de teinte cuivrée et on diagnostique : roséole syphilitique. L'adénopathie sous-maxillaire et parotidienne du côté droit attire l'attention vers la face. On remarque que l'aile du nez du côté droit est un peu repoussée en dehors. En regardant dans l'intérieur du nez, on constate qu'il existe sur la cloison, à un centimètre et demi du bord inférieur, une petite tumeur arrondie, indurée, adhérente aux parties profondes, recouverte d'un enduit

(1) A.-B. MARFAN. — Chancre syphilitique de la cloison des fosses nasales (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1890, p. 499).

blanchâtre. Il s'agit bien là d'un chancre syphilitique développé sur la muqueuse pituitaire qui recouvre la cloison. La sécrétion nasale est à peine augmentée du côté de la lésion. La tumeur saigne légèrement. Les symptômes subjectifs étaient presque nuls. Après 10 jours de traitement mercuriel, la roséole a disparu. Un mois après l'entrée du malade, le chancre est guéri.

OBSERVATIONS VII et VIII

HICGUET (1)

Je me rappelle avoir observé deux cas de chancres situés à l'entrée de la fosse nasale sur le côté de la cloison. Ces deux chancres s'étaient développés chez des typographes. J'ai recherché la porte d'entrée ; ces individus m'ont dit n'avoir eu aucun rapport avec d'autres femmes qu'avec la leur, et leur femme était absolument indemne. Ils me donnèrent comme raison que les typographes respirant beaucoup de poussière d'antimoine, étaient presque tous priseurs et se servaient d'une boîte à tabac commune : c'est la seule explication que j'ai pu trouver de cette inoculation ; j'ai eu l'occasion de voir moi-même la femme de l'un d'eux, qui ne présentait aucune trace de syphilis ; j'ai donc cru devoir m'en rapporter à leur dire.

OBSERVATION IX

MOURE (2)

Maurice X..., 25 ans, vient à la consultation le 22 juin 1891, pour un mal au nez qu'il ressent depuis un mois et

(1) HICGUET. — Discussion après l'observation de Moure (observ. IX) à la Société française de laryngologie, etc., mai 1892.

(*Bulletin de la Société*, 1892, p. 115).

(2) E. J. MOURE. — Sur un nouveau cas de chancre induré de la fosse nasale gauche. *Revue de laryngologie et de rhinologie*, p. 461, 1892. (*Bulletin de la Société française de laryngologie, etc.*, 1892, p. 111).

dem. A cette époque, il s'aperçut qu'il avait à l'entrée de la narine gauche sur la cloison cartilagineuse une petite ulcération légère mais à bords un peu rouges et fongueux. Un peu plus tard, la plaie se recouvrit d'un exsudat pseudo-membraneux qui s'enlevait de temps à autre, laissant à sa place une surface rouge vif, saillante, mamelonnée et saignant facilement.

A l'examen de la fosse nasale, on trouve une ulcération saillante ayant la dimension d'une pièce de 50 centimes, occupant la partie antéro-inférieure de la cloison. Léger engorgement des ganglions sous-maxillaires et préauriculaires du côté gauche.

Le 4 juillet, après un simple traitement local, la saillie de la cloison a diminué. Le 8 juillet, je constate sur le bord libre du pilier antérieur, l'existence d'un liseré opalin ; Roséole magnifique. Le diagnostic de syphilis s'imposant, je suis obligé de localiser l'accident primitif dans les fosses nasales. Sous l'influence du traitement mercuriel institué aussitôt, l'accident nasal a disparu rapidement.

OBSERVATION X

CIMMINO (résumée) (1)

Jeune homme de 17 ans se présente pour des douleurs du nez surtout nocturnes, s'irradiant à toute la moitié gauche de la tête. La fosse nasale gauche est très rétrécie et, de ce côté, la respiration est très gênée.

A l'examen rhinoscopique, on constate, sur le septum cartilagineux, à un centimètre et demi du bord, une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, indurée, ronde, recouverte d'une couche légère de mucus au-dessous de laquelle on voit une surface grisâtre san-

(1) R. CIMMINO. — Un caso di sifiloma iniziale del setto nasale cartilagineo (*Boll. della malattie dell Orecchio*, etc. Février 1894).

guinolente. Glandes sous-maxillaires très hypertrophiées. Pas d'épistaxis. Plaques muqueuses. Quinze jours plus tard, syphilides papuleuses diffuses sans gravité. Après une quarantaine d'injections hypodermiques de sublimé et un traitement local, la *restauratio ad integrum* est obtenue.

OBSERVATION XI

Y. ARSLAN (1)

Femme de 20 ans se présente, accusant de très vives douleurs dans toute la moitié droite de la tête, accompagnées des symptômes d'une rhinite droite aiguë (obstruction de la fosse nasale, larmolement, écoulement muqueux, respiration difficile, etc.). Depuis deux jours, à ces symptômes, qui dataient de deux semaines, s'était joint une tuméfaction assez douloureuse de la région sous-maxillaire droite et de la partie latérale externe du nez. Engorgement ganglionnaire de la région sous-maxillaire droite.

A l'examen des fosses nasales, à droite, la fosse est obstruée par une masse blanc grisâtre, qui, comme une fausse membrane, s'étend jusqu'à la partie supérieure du cartilage quadrangulaire. En épongeant la couche d'exsudat, on met à nu une ulcération à surface lardacée, fongueuse par place, à bords irréguliers, qui saigne facilement et de consistance assez dure. La muqueuse qui l'entoure est fortement hyperémiée. Tous ces caractères firent soupçonner l'existence d'un chancre syphilitique. Dix jours plus tard apparut une roséole caractéristique. Dès lors, la malade fut soumise au traitement mercuriel. Un peu plus tard, plaques muqueuses dans la gorge et aux lèvres. Quelques jours après avoir institué le traitement spécifique, la tuméfaction des parties susmentionnées allait rapidement en diminuant, ainsi que la

(1) Y. ARSLAN, — Sifiloma iniziale della fossa nasale destra. (*Archivio italiano di laryngologia*, etc. Juillet 1894).

roséole. Après trois mois, elle pouvait être considérée comme guérie des manifestations spécifiques qu'elle présentait. A l'examen de la fosse nasale droite, on trouve, à la place de l'ulcération indurée, un tissu cicatriciel de consistance fibreuse rétrécissant la lumière de la cavité nasale.

La femme, d'après ce qui nous a été dit, portait souvent les mains dans la bouche de son mari, porteur de plaques muqueuses sur les amygdales.

Ainsi, le mode de contagion fut les doigts, qu'elle avait la funeste habitude de porter souvent à son nez.

OBSERVATION XII

MOURE (1)

Jeune homme, 17 ans, portant sur la cloison, à un centimètre et demi du bord inférieur, une petite tumeur indurée, arrondie, adhérente aux parties profondes, recouverte d'un enduit blanchâtre. Une éruption généralisée de taches rouges non saillantes, de teinte cuivrée, fait songer à un chancre induré développé sur la muqueuse pituitaire. Le traitement mercuriel fait disparaître rapidement tous les accidents.

Il est probable que le malade avait touché la vulve d'une femme qui avait des plaques muqueuses, puis qu'il s'était mis le doigt dans le nez.

OBSERVATION XIII

J. MOREIRA (résumée) (2)

Esp. M..., 25 ans, eut en 1891 deux attaques de coliques de plomb. Vers la fin du mois de décembre 1892, le malade

(1) E.-J. MOURE. — Observation inédite de la thèse de Brunon. Paris 1895-96, p. 23.

(2) J. MOREIRA. — Saturnisme et syphilis maligne. Début de la syphilis par un chancre nasal. — *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, p. 521 1895).

s'aperçut qu'il lui survenait dans la narine gauche une tuméfaction accompagnée bientôt d'un engorgement ganglionnaire dans la région sous-maxillaire du même côté.

Le 3 janvier, on constate qu'il existe sur la cloison, un peu au-dessus de la portion recouverte simplement par un repli cutané, une petite tumeur suintante de 10 millimètres de diamètre, dure, arrondie, lisse, comme vernissée, d'une couleur rouge brun. Le diagnostic de chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire est porté.

Le 2 février, survient d'emblée une éruption de grosses phlyctènes remplies d'un liquide transparent, qui peu à peu devient purulent.

Quant chaque phlyctène se crève, on voit une ulcération où le pus se séchant forme des croûtes épaisses, stratifiées comme le rupia.

Le malade est soumis au traitement mercuriel. Le 10 février, le chancre est à peu près guéri ; les céphalées, les nausées ont disparu.

Le 20 février, le malade, se considérant guéri, cesse tout traitement. Le 6, attaque violente de coliques de plomb. Avec elle se manifeste une aggravation notable des syphilides. Plaques muqueuses à la commissure buccale. Après 15 jours d'un traitement intensif par les bains sulfureux, l'iodure de potassium à l'intérieur, la cicatrisation de toutes les ulcérations est parfaite.

OBSERVATION XIV

RUEDA (résumée) (1)

Mme W..., 24 ans, mariée vient à cause d'une obstruction de la fosse nasale gauche, jointe à une douleur s'irra-

(1) RUEDA. — Syphilôme primitif intra-nasal de forme anormale (*Revue de laryngologie*, 15 février 1895, p. 157).

diant à tout le côté de la face. Légère fluxion muco-purulente et tuméfaction des ganglions sous-maxillaires du même côté, qui sont très douloureux. L'obstruction et la douleur nasale avaient débuté et le gonflement ganglionnaire était venu ensuite.

L'examen rhinoscopique nous montre sur le côté gauche de la cloison, à la partie antéro-inférieure du cartilage quadrangulaire, une élévation ovale, indurée, pleine ; ses bords sont élevés, rouges, et la surface ulcérée est tapissée de pus adhérent ; au dessous on trouve une surface légèrement granuleuse et sanguinolente.

Les ganglions sous-maxillaires sont considérables, durs, distinctement séparés entre eux. Bientôt les symptômes s'amendèrent rapidement, les ganglions diminuèrent de volume, l'ulcération disparut sans autre traitement que de simples pansements au sublimé.

OBSERVATION XV

GAREL (résumée) (1)

S., 22 ans, se présente le 5 janvier 1895, Il se plaint d'une obstruction de la narine droite et nous montre une petite ulcération de forme elliptique siégeant à la partie inférieure de la cloison. Elle est déprimée en cupule, mais ses bords ne sont pas décollés. Le fond de l'ulcération est garni d'une croûte brunâtre. La lésion siége néanmoins sur un boursoufflement de la muqueuse, et lorsqu'on examine la fosse nasale avec le spéculum, on voit que le gonflement s'étend presque dans toute l'étendue de la cloison en arrière. Cette tuméfaction est dépressive à l'exploration au stylet. Nous constatons des plaques muqueuses sur les deux amygdales. Il

(1) J. GAREL. — Deux cas de chancre primitif de la cloison nasale. (*Revue de Laryngologie*, 15 juillet 1895 p. 640).

existe un paquet ganglionnaire sous-maxillaire du côté droit.

Sur le tronc, syphilide maculeuse assez confluente. La verge ne présente nulle part la moindre trace d'un chancre ancien ou récent. Il s'agit probablement d'un chancre induré de la cloison.

Il y a deux mois, le malade avait ressenti une douleur au niveau de la parotide droite, provenant d'un ganglion situé derrière l'angle de la mâchoire ; il se plaignait aussi d'une petite écorchure à droite, sur la cloison nasale et de gros ganglions durs sous-maxillaires droits. Six semaines après le début, il constata l'apparition de l'éruption cutanée.

Ainsi, si on tient compte de l'ordre d'apparition des divers symptômes, force nous est de reconnaître que la lésion nasale, ne peut être autre chose que la lésion primitive. Comment s'est faite la contamination ? Nous pensons que la muqueuse a été infectée par l'ongle.

OBSERVATION XVI

GAREL (résumée) (1)

J. ., 33 ans, se présente le 15 mai 1894. Il se plaint de douleurs dans le nez, du côté gauche, qui datent de huit jours environ ; elles s'accompagnent d'une obstruction complète de la narine gauche. Il existe en outre de ce côté, un écoulement peu abondant d'un liquide épais, jaunâtre ; pas d'épistaxis. En outre, céphalée persistante. Je constate, dans la cavité nasale gauche, sur la cloison, à deux centimètres de l'orifice antérieur, une ulcération blanchâtre, entourée d'une zone rouge en forme de bourrelet saillant, qui ressemble à une lésion tertiaire. L'on prescrit quatre grammes d'iode de potassium par jour.

(1) J. GAREL. — Deux cas de chancre primitif de la cloison nasale *Revue de Laryngologie*, 15 juillet 1895, p. 642).

Le 22 mai, je revois le malade. L'ulcération est beaucoup plus petite, et le bourrelet inflammatoire a complètement disparu.

Le 18 juillet, notre malade revient avec des plaques muqueuses de la bouche, de la dysphagie et une roséole sur le tronc. Le nez est absolument guéri. La lésion n'était donc rien autre qu'un chancre primitif de la cavité nasale. Il existe, en effet, de chaque côté de la mâchoire, un ganglion dur de la grosseur d'une noisette. Un traitement spécifique mercuriel est institué.

OBSERVATION XVII

KOHN (résumée) (1)

Malade, 35 ans, se présente pour une obstruction complète de la narine droite. L'examen intranasal montre une masse bourgeonnante très douloureuse. Grâce à une application de cocaïne, on obtint une légère diminution de volume de la tumeur, ce qui permit de constater que celle-ci prenait son point d'insertion sur le septum.

Les granulations descendaient très bas dans la narine, jusqu'à un demi pouce de l'orifice. Cette tuméfaction à bourgeons fut prise pour des végétations et les granulations furent curettées, ce qui occasionna une véritable hémorragie.

Mais deux jours plus tard, à un nouvel examen, elles s'étaient reformées et le malade souffrait à un tel point qu'il se refusait à toute nouvelle intervention.

On attribua la lésion à de la syphilis tertiaire, mais par suite de l'apparition au bout de quelques jours d'accidents syphilitiques secondaires (roséole, plaques muqueuses), la masse exubérante fut reconnue pour un chancre primitif bien qu'elle n'en eut pas les caractères.

(1) Albert KOHN. — Two nasal cases, one of primary chancre, one of dermoid cyst. (*New-York Med. Journ.*, 27 mars 1897, p. 421).

Six mois plus tard, l'obstruction de la fosse nasale droite persistait encore. Il existait seulement entre les parois du nez et la tumeur, un tout petit passage permettant l'entrée de l'air.

OBSERVATION XVIII

FOURNIER (1)

Un homme marié se laisse entraîner un soir chez une fille publique. Là, prissubitement « de la peur d'attraper un mauvais mal », il n'ose se livrer au coït, mais ne s'abs-tient pas toutefois de quelques attouchements vulvaires. Six semaines après, il vient me consulter pour « un bouton qu'il a dans le nez », bouton qui n'était autre qu'un *chancre de la cloison*, comme l'événement l'a démontré. Or, plus de vingt fois depuis, il m'a répété ceci : « Je suis bien certain d'avoir contracté la syphilis dans la fâcheuse rencontre que je vous ai contée, car je ne m'étais exposé de vieille date à aucun autre risque, et je suis non moins certain de l'avoir contracté par mes doigts ; cela pour deux raisons que voici : c'est d'abord que j'avais négligé de me laver les mains en sortant de chez la fille en question ; c'est de plus, qu'à cette époque j'avais depuis quelque temps une petite éraillure du nez, que je m'égratignais sans cesse, et que j'ai sûrement dû inoculer avec mes doigts ».

OBSERVATION XIX

LERMOYEZ (résumée) (2)

M. N..., 25 ans, se présente le 5 février avec un écoulement muco sanguinolent, sans odeur, mêlé de fausses mem-

(1) A. FOURNIER. — Un cas de chancre syphilitique de la cloison (Chancres extragénitaux, 1897, p. 175).

(2) M. LERMOYEZ. — Un cas de chancre syphilitique de la cloison nasale à type pseudo sarcomateux (Annales des maladies de l'oreille, etc., déc. 1898, p. 517).

branes, unilatéral droit. A l'examen des fosses nasales, on découvre à droite, sur la cloison, immédiatement en arrière de la saillie cartilagineuse, une fausse membrane typique, très adhérente à la muqueuse. Le diagnostic posé fut : rhinite fibrineuse unilatérale, greffée sur un épaissement de la cloison. Huit jours après, le malade est pris de fièvre. Le nez devient tendu et douloureux. La saillie de la cloison a beaucoup augmenté. Le spéculum montre sur le septum un placard mamelonné, non ulcéré, saillant avec des bords en talus, et à sa surface quelques membranes. Deux gros ganglions sous maxillaires droits, durs, indolores, très mobiles. Le 25 février le malade revient souffrant atrocement. L'aile droite du nez est tendue, dure comme du carton. A l'intérieur de la fosse nasale, la muqueuse de la cloison forme un soulèvement rouge vif; l'exsudat diphtéroïde a disparu sans laisser d'érosion. Un nouveau diagnostic est alors posé : celui de périchondrite de la cloison et de rétention purulente, expliquant l'œdème facial et la fièvre qu'accuse le malade. Plusieurs ponctions ne ramènent que du sang. Le 2 mars l'état général empire. La tuméfaction de la cloison s'étend de plus en plus : elle est bosselée, mais toujours sans ulcération ; de plus elle présente un état de mollesse considérable. Devant ces signes la tumeur est prise pour un sarcome de la cloison. Le 4 mars on décide une intervention chirurgicale. L'examen histologique d'un morceau de la tumeur ne donne pas de renseignements précis sur sa nature. En attendant l'opération, pour le principe, le malade est soumis à un traitement mercuriel intensif. Le 15 mars, c'est-à-dire la veille de l'opération, une roséole typique est constatée sur le corps du malade. Le diagnostic de chancre induré est alors porté. Tous les symptômes se sont très améliorés et la saillie de la cloison a notablement diminué : c'est maintenant une surface lisse, rouge, dure au stylet. Vers la mi-mai la cloison a repris son aspect ordinaire.

OBSERVATION XX

GAREL (résumée) (1).

Homme, 31 ans, vient pour affection nasale remontant à quinze jours. Se plaint de douleurs violentes au niveau de la région frontale droite. Présente une sorte d'ulcération nasale siégeant sur la partie inférieure de la cloison du côté droit. Ganglion préauriculaire à droite. Quelques épistaxis légères. Huit jours plus tard l'ulcération paraît plus creusée et son fond repose sur une sorte d'élevure. En se basant sur l'aspect de la lésion M. Garel n'hésite pas à porter le diagnostic de chancre de la cloison. Les accidents secondaires vinrent le confirmer un peu plus tard.

OBSERVATION XXI

(GAREL (résumée) (2))

Homme, 45 ans, se présente avec une lésion ulcéreuse de la cloison du côté gauche, ayant débuté deux mois auparavant. Je crois à une lésion tertiaire et je prescris 4 grammes d'iodure par jour. Trois mois plus tard, le malade revient, présentant des accidents secondaires non douteux, consistant en plaques muqueuses dans la gorge, psoriasis palmaire.

En présence de ces accidents, je reconnais que cette soi-disant ulcération tertiaire n'était autre qu'un chancre syphilitique de la cloison.

(1) J. GAREL. — Le chancre syphilitique intra-nasal (*Lyon Médical*, 5 août 1900).

(2) J. GAREL. — Le chancre syphilitique intra-nasal (*Lyon Médical*, 5 août 1900).

OBSERVATION XXII

GAREL (résumée) (1)

Jeune fille, 14 ans, entre le 14 octobre 1899. Elle se plaint d'une obstruction nasale droite, causée par une tumeur volumineuse, arrondie, lisse à la surface, semblant implantée sur la cloison par une base assez large. Comme elle obstrue complètement la fosse nasale, son ablation est décidée. Le diagnostic précis sur la nature exacte de la tumeur n'est pas fait. Je pratique l'ablation de la tumeur à l'anse galvanique. Le 4 novembre, la malade revient présentant une éruption papulo-squameuse, des plaques muqueuses buccales et des ganglions de la région rétro-maxillaire. Ces signes ne permettent plus de doutes sur la nature syphilitique de la lésion. Pas de ganglion axoïdien. Cette tumeur de la cloison n'est donc autre que l'accident primitif infectant. La mère me déclare alors que sa fille travaille dans une usine depuis deux ans et qu'elle a pour voisine de métier une femme qui a des lésions sur les lèvres. Vers le milieu d'août, la malade s'était aperçue d'un gonflement du cou à droite qu'un médecin avait pris pour les oreillons. Puis son nez s'était obstrué, donnant issue à des mucosités purulentes.

OBSERVATION XXIII

COLLINET (résumée) (2)

Le 1^{er} février 1901, Sch..., marchand de vin, 42 ans, se présente pour une douleur et un gonflement de la région

(1) S. GAREL. — Le chancre syphilitique intra-nasal (*Lyon Médical*, 5 août 1900).

(2) COLLINET. — Deux cas de chancre syphilitique des fosses nasales (Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, 1901, tome XXVII, 2^e partie, p. 391).

sous-maxillaire droite, qui existent depuis dix jours. Ganglions indurés, volumineux, sensibles à la pression.

A l'examen du nez, cornet inférieur droit volumineux, en contact avec la cloison, avec un très léger suintement mucopurulent. Respiration nasale impossible à droite. Un pansement à la cocaïne à 1/10 n'amène pas la rétraction de la muqueuse. Il est impossible de voir la moindre érosion dans la fosse nasale.

L'attention étant attirée sur la possibilité d'un chancre nasal, le malade est interrogé soigneusement. On apprend qu'il a l'habitude de se gratter le nez avec un crayon qui est en permanence sur son comptoir et qui sert de temps en temps aux clients de passage. Ceux-ci ne doivent pas manquer de porter le crayon à leur bouche.

Le 8 février l'état n'a pas changé.

Le 1^{er} mars, roséole syphilitique. Les ganglions du cou ont diminué de volume et le cornet inférieur droit est moins tuméfié, non rétractile sous la cocaïne, sans lésions visibles.

Traitement spécifique. Le malade ne revient plus.

OBSERVATION XXIV

COLLINET (Résumée) (1)

K. . . , 19 ans, se présente le 2 novembre pour un gonflement légèrement douloureux de la région sous-maxillaire droite et une gêne de la respiration du même côté.

A l'examen, tuméfaction douloureuse de la région sous-maxillaire droite. La fosse nasale du même côté est obstruée. La muqueuse du cornet inférieur tuméfiée, rouge, arrive au contact de la cloison elle-même gonflée et déviée de ce côté. Sécrétion mucopurulente, peu abondante, non fétide. Un

(1) COLLINET. — Deux cas de chancre syphilitique des fosses nasales (Bulletins et mémoires de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, 1901). Tome XVII, 2^e partie, p. 389.

tampon de coton imbibé de cocaïne à 1/10 est introduit sous le cornet et un peu entre lui et la cloison; c'est à peine si la muqueuse se rétracte sous son influence. On aperçoit sur la cloison une érosion qui semble se continuer en arrière. Le diagnostic reste incertain.

Le 14 novembre, roséole typique. La porte d'entrée du virus semble être au niveau du nez, mais l'étiologie reste incertaine. On institue un traitement spécifique qui, au bout de 15 jours, amène une notable amélioration: la perméabilité nasale se rétablit peu à peu. La tuméfaction ganglionnaire persiste quoique diminuée. Le malade cesse de lui-même le traitement, mais trois semaines après, plaques muqueuses des amygdales et des piliers du voile du palais. La tuméfaction du cornet inférieur a presque disparu. Plus de trace d'érosion sur la cloison.

OBSERVATION XXV

FREUDENTHAL (Résumée) (1)

Médecin, 33 ans, éprouvait depuis quelques semaines une sensation intense de sécheresse dans le nez. Il constate un matin la présence d'une petite plaie sur la cloison du nez à droite. La respiration nasale était très gênée. De plus douleurs frontales très vives. A l'examen, on constate l'existence d'une rhinite atrophique et sur le côté de la cloison celle d'une érosion. Engorgement ganglionnaire de la nuque et du cou. Bientôt le malade présenta quelques phénomènes généraux (fièvre, frissons) et l'érosion, augmentant de dimensions, se transforma en un véritable ulcère. Les ganglions sous-maxillaires se prirent. L'érosion primitive prit les caractères d'un chancre syphilitique. Le malade se souvint

(1) W. FREUDENTHAL. — Ueber lustischen Primäraffect der Nase (Klinisch-therapeut. Wochenschrift, 1901).

alors avoir fait un toucher vaginal peu de temps auparavant à une femme, qu'il sut plus tard être vérolée, et s'être porté les doigts au nez.

Peu de temps après, apparurent les accidents secondaires. Après traitement, il y eut une rapide rétrocession de tous les symptômes.

OBSERVATION XXVI

HUNT (1)

Jeune homme de 17 ans, entre, se plaignant depuis deux mois d'une obstruction nasale unilatérale accompagnée d'un écoulement nasal et d'une adénopathie sous-maxillaire du côté malade. Depuis 15 jours existait une roséole. On porte le diagnostic, après examen, de chancre situé sur la face gauche de la cloison cartilagineuse. La cause de la contamination échappe.

OBSERVATION XXVII

Georges GELLÉ (2)

F. Oscar, 24 ans, a présenté l'an 1901, un chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale.

Examen rhinologique. — 25 mai 1903. — Le malade se plaignait de gêne de la respiration par la fosse nasale droite. Léger suintement légèrement sanguinolent. Tous ces troubles nasaux étaient apparus en même temps que les troubles oculaires, mais étaient passés au second plan devant l'intensité de ces derniers. Au spéculum, l'examen de la narine

(1) HUNT. — (Institut méd. du Liverpool, 15 déc. 1904). Observation rapportée dans l'article de Batut (voir observ. XXXVII).

(2) Georges GELLÉ. — Double chancre syphilitique occupant la fosse nasale et la conjonctive.

Archiv. internat. de laryngol., otologie, etc., mars-avril, 1904, p. 417.

droite permet de constater que la lumière a entièrement disparu. Cette obstruction tient à un épaississement de la cloison qui vient au contact du cornet inférieur. Après application de solution d'adrénaline à 1/1000, qui amène une légère rétraction, on peut remarquer, sur la cloison, l'existence d'une tuméfaction mollassse et légèrement diffuse, se prolongeant assez loin en arrière. Au milieu de cette masse et sur sa face externe, se trouve une ulcération légèrement saignante, grisâtre, reposant sur une petite plaque d'une dureté cartilagineuse et entourée par le bourrelet œdémateux. La pituitaire est rougeâtre tout autour. Ganglions angulo-maxillaires droits indurés, ainsi qu'un volumineux ganglion au voisinage de la grande corne de l'os hyoïde; ce ganglion roule sous le doigt et est indolent. Roséole. Devant l'aspect, les symptômes concomitants de la lésion constatée et l'impossibilité de trouver une autre lésion nasale pouvant fournir le même tableau, le diagnostic de chancre pituitaire est porté. L'évolution confirma ce diagnostic, car la petite tumeur nasale évolua vers la disparition, progressivement.

18 juillet, la lésion nasale a presque disparu. Plaques muqueuses sur l'amygdale droite.

OBSERVATION XXVIII

DIEU (résumée) (1)

Chez un malade porteur d'une roséole manifeste, on observe une lésion du septum considérée comme l'accident primitif.

A l'examen : La narine gauche est obstruée par une tumeur rouge violacée, grosse comme une petite cerise, molle, qui

(1) DIEU. — Chancre syphilitique de la cloison des fosses nasales. (*Annales médico chirurgicales du centre*, juin (1905). In *Revue de Laryngologie*, etc, 25 novembre 1905, p. 663.

soulève l'aile du nez ; elle est largement implantée sur la partie antéro-inférieure de la cloison ; le sommet en est excorié et recouvert d'un léger enduit pseudo-membraneux. La base d'implantation est encerclée d'un bourrelet induré. Par la narine malade s'écoule un liquide ichoreux peu abondant. Le traitement consista en injections hebdomadaires d'huile au calomel. Antisepsie nasale et buccale. Guérison au bout de deux mois.

OBSERVATION XXIX

BLANC (résumée) (1)

Femme, 25 ans, vient le 20 octobre 1905, pour une obstruction nasale unilatérale datant d'un mois. Ecoulement nasal muqueux mêlé de stries sanguinolentes.

A l'examen : une tuméfaction considérable, obstruant l'entrée de la fosse nasale droite, occupe la partie antéro-inférieure de la cloison et arrive au contact du cornet inférieur. Elle est dure, recouverte d'un enduit grisâtre qui, enlevé, laisse voir une légère exulcération rouge foncée. Adénite sous-maxillaire droite. Sous l'influence du traitement mercuriel la tumeur s'affaisse.

Le 25 novembre, le rhinoscope ne montre plus qu'une cicatrice. La contamination était due à un jeune enfant, né à 8 mois, âgé d'un mois et demi, atteint de coryza spécifique, qui ne tarda pas à succomber. La malade l'avait constamment dans ses bras et portait à son nez ses mains souillées des sécrétions nasales de l'enfant.

25 avril 1906. — La malade dit n'avoir jamais rien remarqué comme accidents secondaires. Ceux ci ont été probablement très légers et ont passé inaperçus.

(1) M. BLANC. — Chancre de la cloison des fosses nasales (*Bulletin médic. de l'Algérie*, 1906, p. 650).

OBSERVATION XXX

SIEMS ET RAJAT (résumée) (1)

M. X. . . , 21 ans, garçon de café, se présente, le 11 juin 1907, porteur d'une affection du nez. Il a vécu, raconte-t-il, avec une femme qui, au mois de septembre 1906, avait présenté une éruption, probablement une roséole. Actuellement, on voit nettement un gonflement partir des os propres du nez et s'étendre vers la région jugale. En palpant cet œdème diffus, on a nettement, au niveau du nez, la sensation d'une tumeur indurée cachée dans la fosse nasale. Dans le cou, masses ganglionnaires hypertrophiées, parmi lesquelles un gros ganglion induré sous-maxillaire. On décèle également des ganglions préauriculaires ainsi que le gonflement du ganglion préaxoïdien et du ganglion de la grande corne de l'os hyoïde. A l'examen rhinoscopique, on voit s'élever une tumeur ulcérée, à contours irréguliers, à bords à peine tranchants, laquelle tumeur, au toucher, laisse suinter un liquide séro-sanguinolent. Après nettoyage et introduction d'un tampon à la cocaïne à 1/10, la muqueuse ne se rétracte pas. — Dans la cavité buccale, plaques muqueuses des lèvres et des amygdales. Après raclage du chancre et frottis du mucopus sur lames colorées au liquide de Giemsa, on constate au microscope d'assez nombreux tréponèmes typiques. Le traitement mercuriel est institué

17 juin 1907. — Amélioration très nette de tous les symptômes et confirmation du diagnostic porté de chancre syphilitique des fosses nasales.

(1) C. SIEMS ET RAJAT. — Un cas de chancre syphilitique des fosses nasales (Société médicale des hôpitaux de Lyon, 18 juin 1907). *In Lyon médical*, 6 octobre 1907, p. 584).

OBSERVATION XXXI

U. CALAMIDA et P. RAMOGNINI (1)

Femme, 36 ans, nourrice d'un enfant atteint de syphilis héréditaire. Le 23 juin 1902, elle se présenta se plaignant de céphalées nocturnes, d'une sensation d'occlusion nasale et d'épistaxis à droite. La narine droite est occupée par une tuméfaction grosse comme un pois, implantée par un court pédicule à la partie inférieure et antérieure de la cloison, recouverte d'un exsudat fibrineux purulent et saignant au moindre contact. Au-devant, séparé par un sillon profond, saillie allongée, ulcérée à la surface, sanguinolente. Le 6 juillet, à la place de la saillie allongée, ulcérée, on remarque une cicatrice cuivrée et sur le corps une roséole caractéristique. Ganglions sous-maxillaires hypertrophiés. Gros ganglion dur au niveau de la grande corne de l'os hyoïde à droite. Dans la suite, la malade revint présentant une ulcération circulaire, à bords nets, à fond granuleux, à base indurée, dans la partie antéro-inférieure de la cloison à droite. Infiltration saillante, indolore de la joue droite et de la moitié droite du nez. Hypertrophie des ganglions préauriculaire et sous angulo-maxillaire à droite. Plaques muqueuses aux amygdales. Après 40 frictions d'onguent mercuriel, elle sortit ne présentant qu'une syphilide pigmentaire du cou et une légère tuméfaction du ganglion angulo-maxillaire droit.

(1) CALAMIDA. — U. *Giornale della reale Accademia di medicina di Torino*, vol. IX, anno LXVI. f. 9.

Observation complétée par RAMOGNINI (voir obs. XXXII).

OBSERVATION XXXII

RAMOGNINI (1)

R. R., 13 ans serrurier se présenta à la Polyclinique, S. Donato, le 10 octobre 1905, pour un exanthème qu'il avait remarqué quelques jours auparavant. Depuis quelque temps, sensation de corps étranger dans la narine gauche. Brèves, mais fréquentes épistaxis et larmolement continuels de l'œil gauche. Céphalée nocturne. A l'examen, gonflement de la joue gauche. Ganglions sous-maxillaires du même côté gros, durs et mobiles (surtout le ganglion angulo-maxillaire). Sur la narine gauche, à 1 cm. au-dessus de la sous cloison et dans le voisinage très proche du lobule du nez, on trouvait une petite tumeur rouge sombre, à base indurée, sessile, recouverte d'un exsudat fibrineux sous lequel on découvrait une ulcération superficielle, cuivrée, saignant facilement. Gêne respiratoire. Voix nasonnée. Sur le corps, syphilide maculo-papuleuse discrète en évolution.

A l'examen rhinoscopique antérieur, la muqueuse de la narine était gonflée, d'où rétrécissement de la fosse nasale. Il y avait aussi obstruction du canal nasal. Sous l'influence d'un traitement mercuriel intensif, le chancre diminua de volume et le larmolement cessa. Après un mois, il ne restait plus trace de l'accident primitif.

Le mode de contagion fut facile à établir: depuis un an, le père était soigné pour de graves manifestations syphilitiques (vaste chancre écthymateux étendu au gland et au prépuce, syphilide ulcéreuse rupioïde aux articulations). Or celui-ci, malgré mes conseils, fit coucher son fils avec lui, échangeant fréquemment les oreillers souvent souillés de salive.

(1) P. RAMOGNINI. — Contributo allo studio dei sifilomi iniziale della pituitaria (*Giornale delle malattie venere*, 1907, vol. XLVIII, p. 293).

OBSERVATION XXXIII

A. BERTARELLI (1)

En février, je fus appelé auprès d'un malade présentant sur le corps une éruption généralisée, datant d'un mois, à forme maculo-papuleuse. Deux jours avant ma visite, il y avait eu, en outre, aggravation d'un coryza et d'un larmolement que le malade éprouvait depuis presque deux mois. Cette éruption ne pouvait être qu'une syphilide maculo-papuleuse. Le malade, célibataire de 50 ans, n'avait jamais eu aucune lésion aux parties génitales. La recherche de la ported'entrée conduisit à relever sur la partie gauche de la cloison nasale, à 1 cm. au-dessus de sa base, une ulcération circulaire, à bords un peu relevés, rouge, sessile, qui datait elle aussi de deux mois environ. Pleïade ganglionnaire sous-maxillaire et préauriculaire. La cure mercurielle énergique, entreprise de suite, dissipa tous les symptômes et confirma le diagnostic de chancre de la muqueuse de la cloison et de syphilide secondaire.

OBSERVATION XXXIV

GAUCHER, LOUSTE NATHAN (2)

La malade, 37 ans, s'aperçut de l'apparition d'un bouton dans la narine gauche, il y a plus d'un mois. Cette petite lésion, envahit peu à peu la plus grande partie de la narine, saignant facilement.

(1) A. BERTARELLI, P. RAMOGNINI, *loco citato*, p. 294.

(2) GAUCHER, LOUSTE et NATHAN. — Chancre de la cloison du nez (*Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 7 décembre 1907. p. 466.

A son entrée, on voyait, par la rhinoscopie antérieure, un chancre hypertrophique, haut de 3 cm environ ; la muqueuse environnante est boursouflée. Sur sa partie la plus profonde on voit une fausse membrane d'aspect diphtéroïde. Adéno-pathie sous angulo-maxillaire gauche et préauriculaire. Peu après l'apparition du chancre apparaissait une roséole généralisée.

Au bout d'un mois, ces lésions sont en voie de disparition. Traitement mercuriel.

OBSERVATION XXXV

NEUGASS (Résumée) (1)

Malade, 22 ans, disait avoir saigné depuis quelque temps du nez, quand il se lavait ou se mouchait. A droite, sur le septum cartilagineux, on trouve une ulcération, grande comme une pièce de dix sous. Pas d'adénopathie sous-maxillaire ni sous-mentale. Le diagnostic ne fut porté que lors de l'apparition de la roséole.

OBSERVATION XXXVI

S. PUSATERI (2)

Femme 26 ans. Depuis 50 jours est apparue dans la narine droite une grosseur obstruant cet orifice. Pas d'écoulement. A la rhinoscopie antérieure, tuméfaction hémisphérique, lisse, à muqueuse hypérémiée, saignant facilement, de con-

(1) NEUGASS. — Ein Fall von syphilitischem Primäraffect der Nasenscheidewand (Verhandl. d. verdeutscher Laryngol, 8 juin 1908. Zeitschr. f. Laryngol. etc., 1908, Fasc. III).

(2) SANTI PUSATERI. — Syphilis primaire de la cloison nasale (Archiv ital. di laryngol, etc., Turin, 1907, p. 482). Analyse de la *Revue de Laryngologie*, 2 janvier 1909).

sistance charnue s'implantant par une large base sur la cloison. Ganglion sous-maxillaire droit induré, indolent. Ablation de la néoformation au bistouri. La méthode de Volpino et Levaditi fait reconnaître la présence de nombreux spirochètes. Guérison de la plaie opératoire, mais quelques jours après, roséole typique. Une cure mercurielle amène la régression des accidents.

OBSERVATION XXXVII

BATUT (Résumée) (1)

Canonnier T..., entre à l'hôpital de Bordeaux, le 22 août 1906, se plaignant de difficulté à respirer par la narine droite. A l'examen, on note, sur la cloison, une saillie formée par une masse localisée de la grosseur d'un pois, dure, ulcérée au centre, sécrétant peu, en contact en dehors avec le cornet moyen qui s'appuie sur elle. Le diagnostic est celui de gomme syphilitique. Le 21 septembre, à l'examen, on trouve que la masse droite n'est plus ulcérée, elle est dure et indolente. Roséole papulo-érythémateuse sur le tronc et l'abdomen. On prescrit une pommade à la cocaïne et une solution au biiodure de Hg. Dès le 25 septembre, il y a une diminution notable de la tumeur. Le 29, la tumeur droite est grosse comme un pois; en arrière d'elle, on note une ulcération nouvelle, verticale, revêtue d'une croûte. Le 3 octobre, épistaxis répétées du malade, quand il se mouche. On voit bien l'ulcération suintante sus-jacente à la tumeur primitive. Gros ganglions sous-maxillaires droits. Le 7 octobre, aggravation en profondeur de l'ulcération; la pituitaire est affaissée, rougeâtre, sanglante. Après quelques injections de biiodure de Hg, l'ulcération devient plus superficielle; la tumeur qui

(1) BATUT. — De la syphilis du nez (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, mars 1908).

était en avant est disparue ; la roséole s'efface, mais les adénopathies persistent. Le 18 octobre, le malade sort après onze injections de biiodure. L'ulcération était presque guérie.

OBSERVATION XXXVIII

GAUCHER et GIROUX (Résumée) (1)

Myra B..., 23 ans, entre le 20 juillet, présentant une roséole typique apparue 8 jours auparavant. L'examen complet permet de constater une lésion siégeant sur la cloison à gauche, dure, rouge, saillante, à aspect polypoïde, s'accompagnant de gêne respiratoire et de fréquentes épistaxis. Ganglion sous angulo-maxillaire gauche.

Il semble que la malade ait contracté son chancre au contact d'une amie, qui habita chez elle jusqu'au 15 mai et qui avait présenté en février dernier des chancres vulvaires, pour lesquels elle avait été soigné à l'hôpital Saint Louis.

OBSERVATION XXXIX

DE AMICIS (2)

Il s'agit d'une jeune fille du meilleur monde atteinte d'un accident primitif de la cloison et au sujet de laquelle une enquête sévère, faite par le professeur de Amicis, fit découvrir que le véhicule de l'infection avait été un mouchoir offert au bal, par un danseur atteint de plaques muqueuses des lèvres et de la cavité buccale.

(1) GAUCHER et GIROUX. — Chancre syphilitique de la pituitaire (*Annales des maladies vénériennes*, septembre 1908, p. 693.)

(2) DE AMICIS. — *In Stancanelli* (voir observation XL.)

OBSERVATION XL

STANCANELLI (résumée) (1)

C. L..., 28 ans, commença en novembre à souffrir d'un catarrhe nasal violent, localisé au côté gauche; plus tard, il se produisit une obstruction complète de la narine du même côté, avec sensation pénible de corps étranger. La malade s'aperçut alors qu'une tuméfaction diffuse envahissait la moitié gauche du nez et qu'une excroissance charnue obstruait la partie supérieure de la narine gauche. Fortes douleurs hémicraniennes du côté du mal.

Actuellement, on constate aisément une tuméfaction diffuse de la moitié gauche du nez. A l'intérieur du nez, on trouve une excroissance dure, implantée sur la cloison cartilagineuse. La muqueuse qui la recouvre présente, au niveau de la cloison, une ulcération à fond grisâtre, comme recouverte d'un exsudat inflammatoire diphtéroïde. Le plus léger traumatisme fait saigner la tumeur. Ganglion sous angulo-maxillaire gauche. Roséole typique sur l'abdomen et les flancs. L'examen des frottis de la lésion nasale, après coloration par le liquide de Giemsa et le bleu marine a mis en évidence de nombreuses formes de tréponèmes pâles de Schaudinn.

Etiologie. — La malade vivait avec sa sœur, atteinte de syphilis, sur un pied de grande intimité, partageant son lit pendant plusieurs nuits et lui donnant des soins pour des lésions cutanées. Il y a donc lieu de penser que la contagion se sera faite par le linge, qui servait en commun aux deux sœurs, ou plus vraisemblablement encore par les doigts souillés de produits virulents et portés au contact de quelque érosion ou folliculite de la narine.

(1) A. STANCANELLI. — Un cas de chancre syphilitique de la muqueuse nasale (*Annales des maladies vénériennes*, mai 1909),

OBSERVATION XLI

DUPOND (1)

M. X. . . , 35 ans, chauffeur à la Compagnie du Midi, se présente le 29 octobre 1909, parce qu'il est gêné pour respirer par le nez du côté droit.

Début il y a un mois par les signes habituels du rhume de cerveau. Le malade mouchait beaucoup à droite, et parfois son mouchoir était teinté de filets de sang. Quinze jours après le début de l'affection, le malade a remarqué une tuméfaction à la partie antéro-inférieure de la cloison et commença à éprouver de vives douleurs de tête.

Examen. — La fosse nasale droite est obstruée par une tuméfaction rouge, ulcérée en son milieu, siégeant sur la partie antéro-inférieure de la cloison. Cette tumeur est dure au toucher. Ganglions indolents et roulant sous le doigt, dans la région sous-maxillaire droite. A la gorge, plaques muqueuses. Sur le corps du malade, roséole. Le traitement mercuriel est prescrit. Au bout de 15 jours, la tuméfaction a en partie disparu. Le séro-diagnostic fait au laboratoire de la clinique avait donné une réaction positive.

OBSERVATION XLII

LEIKINE (2)

Il s'agissait d'une ulcération située sur le cornet inférieur gauche et s'étendant à la fois à la cloison et à la voûte du

(1) DUPOND. — Chancre induré de la fosse nasale droite (*Revue hebdom. de laryngol.*, etc., 5 mars 1910).

(2) LEIKINE. — Chancre induré de la muqueuse du nez (*Journal russe des maladies cut. et vénériennes*, février 1909; analyse de la *Revue hebdom. de laryngol.*, etc., 7 mai 1910, p. 563).

nez; la surface en était humide, rouge et relativement lisse; les bords présentaient une ligne brisée. Dans la fosse sus-claviculaire, on sentait un gros ganglion, indolent et légèrement mobile. Pas d'éruption cutanée. Le diagnostic de chancre induré fut porté. Après 25 frictions mercurielles, l'ulcération était cicatrisée.

Il est probable que la malade s'était infectée par un mouchoir de poche d'une personne étrangère, dont elle s'était servie.

OBSERVATION XLIII

PAUTET (1)

Mme X..., sage-femme, 23 ans, vient à ma consultation le 4 juillet 1901. Depuis trois semaines, elle se plaint d'une glande qui apparut dans la région sous-maxillaire droite. Cette glande atteignit vite le volume d'un œuf. A la même époque, la malade eut un écoulement nasal, parfois légèrement sanguinolent. Voix nasonnée et quelques douleurs lancinantes dans l'oreille droite.

A l'examen du nez, je constate, sur un léger éperon de la cloison une petite tumeur rouge foncée, ulcérée en cratère, suintant légèrement. Je fais aussitôt le diagnostic de chancre induré et fais part de mes doutes à la malade. Celle-ci dont la conduite est irréprochable et qui, de plus, est une sage-femme très avertie, arrive à se rappeler que le 2 mai, en faisant un accouchement chez une femme syphilitique, sa figure fut inondée par un jet de liquide amniotique et qu'en s'essuyant elle se gratta le nez. Nous décidons d'exciser le chancre en même temps que le léger éperon, ce qui est fait aussitôt. Sur la demande de Mme X..., que mon diagnostic effraie, nous avons avec le Dr Y... une consultation. Le

(1) G. PAUTET. — Chancre syphilitique de la cloison nasale (*Revue hebdomadaire de laryngol.*, etc., 11 octobre 1913).

11 juillet, chez mon confrère, je fais constater sur la poitrine et les bras de la malade une éruption à caractère roséolique. Pas de plaques muqueuses. L'adénopathie sous-maxillaire n'a pas diminué. Mon confrère se range à mon diagnostic et nous ordonnons à la malade un traitement mixte.

A quelques jours de là, celle-ci ne voulant pas être convaincue, va consulter le Dr Y..., pour un gonflement des malléoles dû à un peu d'iodisme. Le Dr Y... se laisse influencer, se déjuge et conseille à la sage-femme de ne plus faire aucun traitement. Il lui confie même par la suite de nombreux accouchements et, quand elle même accouche d'un fils en 1904, il autorise son envoi en nourrice sans la moindre restriction.

Depuis cette époque, Mme X..., bien que persuadée de mon erreur de diagnostic, ne m'avait pas retiré sa confiance et j'eus l'occasion de soigner son mari et son fils chez lesquels je ne trouvai jamais trace de syphilis. Or, le 15 mars 1913, Mme X..., vient se faire examiner la gorge; elle se plaint depuis plus d'un mois de douleur à la déglutition, sans que les divers gargarismes l'aient soulagée. A l'examen, je trouve, en abaissant fortement la langue, une ulcération gommeuse, qui occupe le côté gauche du pharynx; elle a une forme d'amande; ses contours sont rouges et la partie centrale fortement ulcérée. La réaction de Wassermann est nettement positive. La malade confondue, se soumet à trois injections de 606 qui amènent très rapidement la cicatrisation de la lésion.

II. — Chancres du cornet inférieur

OBSERVATION I

P. BRUNON (1)

A la fin de janvier 1900, je suis appelé auprès d'un enfant de 7 ans, chétif, présentant un état de courbature généralisée et d'anorexie ; mon attention est attirée sur de grosses adénites de la région sous-maxillaire gauche ; pas de douleurs à la palpation. Aucune inflammation dans la bouche, ni sur les amygdales. Le nez n'offre rien extérieurement. Je porte le diagnostic de scrofuleuse. Trois semaines plus tard, les adénites sous-maxillaires existent toujours. Dans la bouche, je trouve une petite plaque blanchâtre sur la gencive ; sur le thorax, existe une roséole magnifique. Le diagnostic de syphilis s'impose donc ; mais quelle est la porte d'entrée de la maladie ? A la mère je fais part de mes regrets d'être obligé de lui dire que son enfant est atteint d'une maladie rare à son âge. Le père, mis au courant, vient se soumettre à mon examen, pour se disculper de toute contagion de sa part. Je ne trouve aucune trace de vérole, ni récente, ni ancienne. Quelques jours plus tard, à un nouvel examen de l'enfant, je trouve un ganglion, de la grosseur d'une noisette, au niveau de l'os hyoïde gauche. Celui de droite est moins gros mais assez apparent. Or ces ganglions sont tributaires des lymphatiques de la muqueuse pituitaire ; j'interroge les parents sur les symptômes qu'aurait pu présenter l'enfant du côté du nez ; ils m'avouent qu'à la première visite, l'enfant souffrait d'un coryza très net, qu'ils

(1) P. BRUNN. — Chancre syphilitique du cornet inférieur chez un enfant de 7 ans (*Loire Médicale*, 15 décembre 1903, p. 287).

avaient remarqué sur son oreiller plusieurs fois un écoulement muco-sanguinolent; qu'il avait présenté de la gêne respiratoire, qu'il ronflait et se plaignait de céphalée. Je fis aussitôt l'examen au spéculum.

A un centimètre et demi environ de l'orifice nasal, en écartant légèrement le cornet inférieur, qui était venu s'adosser à la cloison médiane, je découvre sur ce cornet une petite ulcération en saillie, rouge vif, à bords assez bien taillés à pic. Il est difficile de constater l'induration de cette ulcération. Plus de doute, cette petite écorchure était bien un chancre syphilitique du cornet nasal; c'était là le point d'entrée du virus. Je recherche alors si le ganglion axoïdien, lui aussi tributaire de la muqueuse nasale est engorgé. Je ne constate en enfonçant le doigt dans le cavum, aucune tumeur de ce genre. Cette découverte de la porte d'entrée de la vérole amena de la part des parents des révélations complémentaires qui jetèrent un jour complet sur le mode de contamination de notre petit malade. Celui-ci avait l'habitude de se gratter et de se mettre les doigts dans le nez; de plus, par amusement « pour jouer à l'éléphant » comme il l'avouait naïvement, il introduisait toutes sortes d'objets dans son appendice nasal, porte-plumes, crayons, pointes, morceaux de bois, etc.

OBSERVATION II

Ch. DAVID (1)

Homme, 42 ans, palefrenier, entre pour céphalée nocturne. A l'examen général, il présente une tuméfaction de l'angle gauche du maxillaire inférieure, indolente, grosse comme un œuf de pigeon.

(1) Ch. DAVID. — Chancre du cornet nasal inférieur. La syphilis, février 1905, p. 125.

Du côté des fosses nasales, gêne de la respiration par la narine gauche. Coryza assez prononcé.

A l'examen : Narine gauche élargie. Aile du nez déjetée en dehors. *A la rhinoscopie*, muqueuse nasale tuméfiée. Profondément sur le cornet inférieur, volumineuse saillie rouge vif, luisante, de consistance cartilagineuse; sa base est implantée sur la partie inférieure du cornet inférieur. Pas d'ulcération. Indolence absolue.

L'étiologie est inconnue. Dix jours plus tard, roséole, plaques muqueuses du pharynx. Rétrocession de tous les phénomènes par le traitement mercuriel.

OBSERVATION III

J. CAMPBELL (résumée) (1)

Deux mois après avoir circoncis un malade atteint de chancre induré, un médecin ressentit de la plénitude de la narine droite, de la céphalalgie frontale du même côté; malaise, anorexie, frissons, constipation. Le 28 décembre, l'auteur trouva une nécrose superficielle de la muqueuse, qui couvrait l'extrémité antérieure du cornet inférieur droit; il existait une fausse membrane qui, enlevée, laissait voir une surface ulcérée et saignante. L'adrénaline, la cocaïne, n'ont aucune action constrictive. Il y a du larmolement à droite; ganglion sous angulo-maxillaire droit. On se contente de faire des pulvérisations alcalines nasales, suivies de pulvérisations à l'eau oxygénée. Le 8 janvier, roséole, qui fait diagnostiquer la syphilis. Traitement par les frictions mercurielles. Guérison.

(1) J. CAMPBELL. — A caso of primary syphilitic infection, in the nose (*Annales of otol. rhinol*, etc., juin 1906).

OBSERVATION IV

GUICHARD (1)

Soldat T..., du 14^e bataillon d'artillerie à pied, entre à l'hôpital militaire de Bordeaux le 17 avril 1907, pour dacryocystite de l'œil droit et obstruction de la fosse nasale du côté correspondant. Son affection avait débuté, au mois de juillet 1906, par des douleurs vagues dans la fosse nasale droite. Il fut visité à ce moment par un médecin et fit un séjour dans une clinique particulière.

L'absence d'antécédents syphilitiques, l'examen de la lésion et l'apparition, au bout de quelques semaines, d'accidents secondaires firent porter le diagnostic de chancre de la partie antérieure du cornet nasal inférieur du côté droit. Le traitement mercuriel fit disparaître rapidement ces accidents, mais au bout de cinq à six semaines survint de l'épiphora à droite.

Le malade de s'en préoccupa nullement, entra au service au mois d'octobre et continua son traitement mercuriel.

Ce n'est que le 16 avril 1907 que, se trouvant gêné par son affection, il se présenta à l'infirmerie, d'où on l'évacua sur l'hôpital de Bordeaux pour une intervention. A son entrée, le malade se trouve en pleine période d'accidents secondaires. La voix est nasonnée et on remarque un épiphora continu. Le point lacrymal est étroit, mais permet cependant le passage de la sonde n° 1.

On se trouve arrêté vers la partie inférieure du canal nasal. Du côté du nez, on remarque une hypertrophie du cornet

(1) A. GUICHARD. — Chancre du nez. Synéchie de la cloison et du cornet inférieur et obstruction du canal nasal consécutive. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, etc., 28 septembre 1907, p. 375).

inférieur gauche et à droite une synéchie étendue de la partie antérieure du cornet inférieur avec la cloison.

Celle-ci est fortement déviée par la rétraction cicatricielle. L'inspiration est impossible par la narine droite. La synéchie se prolonge en arrière et réduit à un tout petit orifice le méat intérieur. On ne trouve rien à signaler dans le reste du naso-pharynx, du côté de l'oreille et de la trompe d'Eustache.

Le début se produisit 25 jours après des attouchements sur une femme suspecte, non accompagnés de coït.

La verge ne présentait, du reste, pas de trace de cicatrisation.

CONCLUSIONS

I. — Le chancre primitif de la pituitaire doit être nettement distingué du chancre narinaire qui est cutané.

II. — Le chancre primitif est une affection rare dont nous n'avons pu réunir qu'une cinquantaine de cas.

Il siège le plus souvent sur la cloison.

Il existe quatre observations de lésions syphilitiques primaires du cornet inférieur et une seule du cornet moyen, qui nous est personnelle.

L'inoculation se fait ordinairement par grattage.

III. — Au point de vue clinique, le chancre de la pituitaire est caractérisé par une rhinite séropurulente unilatérale avec ganglions cervicaux hypertrophiés. Lui-même se présente en général sous forme d'une tuméfaction infiltrée, indurée et ulcérée à son sommet.

Les symptômes sont très marqués dans sa forme clinique habituelle, mais peuvent être aussi très discrets et presque insoupçonnés des malades.

IV. — Le diagnostic des chancres de la muqueuse nasale ne peut être fait qu'avec les affections intranasales. Il sera toujours très difficile et le plus souvent ne pourra être affirmé qu'après l'apparition des accidents secondaires.

V. — L'évolution est bénigne, le chancre de la pituitaire guérit sans laisser de traces. Les complications sont rares.

VI. — Le traitement sera celui de toute syphilis au début, c'est-à-dire la médication mercurielle. Celle-ci devra être faite de façon intensive comme pour tous les chancres céphaliques.

Le Président de la Thèse,
M. LANNOIS.

Vu :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu :

PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 27 novembre 1913.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE DES OBSERVATIONS

MAC CARTHY. — *Du diagnostic et de l'enchaînement des symptômes syphilitiques*. Thèse de doctorat. Paris 1844, page 13.

A. FOURNIER. — *Union Médicale*, 2 mars 1858.

RICORD. — *Leçons sur le chancre*, 1858, rédigées et publiées par Alfred Fournier ; dans les pièces justificatives réunies par A. Fournier, p. 344.

PONCET. — Un cas de chancre de siège insolite. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. 1881, page 115, *Lyon Médical* 1881, t. XXXVI, p. 136. *Société des Sciences Médicales de Lyon*, nov. 1880.

E.-J. MOUBRE. — Chancre infectant des fosses nasales. *Revue mensuelle de laryngologie*, 1^{er} juillet 1887.

A. MOREL-LAVALLÉE. — Deux observations de chancres extra-génitaux. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 25 novembre, 1887, p. 701.

GEMY. — Chancre syphilitique de la cloison du nez, à l'union de la portion osseuse et de la portion cartilagineuse. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1890, p. 571.

- A.-B. MARFAN. — Chancre syphilitique de la cloison des fosses nasales. *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*. 1890, p. 499.
- HICGUET (2 cas). — Discussion, après communication de Moure, à la Société Française de laryngologie, mai 1892. *Bulletin de la Société*, 1892, p. 115.
- E.-J. MOURE. — Sur un nouveau cas de chancre induré de la fosse nasale gauche. *Revue de Laryngologie et de Rhinologie*, page 461, 1892. *Bulletin de la Société Française de Laryngologie etc.* 1892 p. 111.
- Roberto CIMMINO. — Un caso di sifiloma iniziale del Setto nasale cartilagineo. *Bollet. delle mal. del orrechio, de gola e. d. naso*. Février 1894.
- Y. ARSLAN. — Sifiloma iniziale della fossa nasale destra. *Archivio italiano di Laryngologia*. Napoli, juillet 1894, p. 105-107.
- E.-J. MOURE. — Inédite de la thèse de Brunon. Lyon, p. 23-24.
- Juliano MOREIRA. — Saturnisme et syphilis maligne. Début de la syphilis par un chancre nasal. *Annales de Dermatologie*, p. 521, 1895
- RUEDA. — Syphilome pri mitif intra-nasal, de forme anormale. *Revue de laryngologie*, 15 février 1895, page 157.
- J. GAREL. (2 cas) — *Revue de laryngologie*, 15 juillet 1895, p. 640-643. Deux cas de chancre primitif de la cloison nasale.
- Albert KOHN. — *New-York med. Journ.*, 27 mars 1897, p. 421. Two nasal cases, one of primary chancre, one of dermoïd cyst.
- FOURNIER. — *Les chancres extragénitaux*, Paris 1897, p. 175.
- LERMOYEZ. — Un cas de chancre syphilitique de la cloison nasale à type pseudosarcomateux (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, déc. 1898, p. 517-524).

- J. GAREL (3 cas). — Le chancre syphilitique intra-nasal. (*Lyon Médical*, 5 août 1900, p. 469-480).
- P. COLLINET (2 cas). — Deux cas de chancre syphilitique des fosses nasales (*Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*, 1910, Tome XVII, 2^e partie p. 389 et 391).
- W. FREUDENTHAL. — Ueber lustischen Primäraffect der nase. (*Klinisch therapeut, Wochenschrift*, 1901. *New Y. med. J.* 1901, p. 804-807).
- Pierre BRUNON. — Chancre syphilitique du cornet nasal inférieur chez un enfant de sept ans. *Loire médicale*, 15 décembre 1903, p. 287-294 (*Revue hebdomadaire de laryngol.*, 19 mars 1904).
- GELLÉ. — Double chancre syphilitique occupant la fosse nasale et la conjonctive (*Archives int. de laryngologie, otologie, etc.*, mars-avril 1904, p. 417).
- HUNT (1904). — *Institut méd. de Liverpool*, 15 déc. 1904, cité par Batut (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, mars 1908, p. 178).
- DAVID. — Chancre du cornet nasal inférieur (*La Syphilis*, février 1905, p. 125).
- DIEU. — Chancre syphilitique de la cloison des fosses nasales (*Annales médico-chirurgicales du Centre*, juin 1905). Analyse de la *Revue de laryngologie*, 25 novembre 1905, p. 663.
- M. BLANC. — Chancre de la cloison des fosses nasales (*Bull. méd. de l'Algérie*, Alger 1906, XVII, p. 650-653).
- James CAMPBELL. — *Annales of oto-rhino and Laryngolog.*, juin 1906. A caso of primary syphilitic infection in the nose.
- André GUICHARD. — Chancre du nez. Synéchie de la cloison et du cornet inférieur. Obstruction du canal nasal consécutive (*Revue hebdomadaire de laryngologie, etc.*, 28 septembre 1907, p. 375).

- C. SIEMS et H. RAJAT. — Un cas de chancre syphilitique des fosses nasales. Société médicale des hôpitaux de Lyon, séance du 18 juin 1907 (*in Lyon Médical*, 6 octobre 1907, p. 584-586).
- P. RAMOGNINI. — Contributo allo studio dei sifilomi iniziale della pituitaria (*Giornale della malattie veneree e delle malattie della pella*, Milano, 1907, p. 290.)
- U. CALAMIDA. — *In* P. Ramognini, *Ibid.*
- A. BERTARELLI. — *In* P. Ramognini, *Ibid.*, p. 294.
- GAUCHER, LOUSTE et NATHAN. — Chancre de la cloison du nez (*Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 7 décembre 1907, p. 466.
- NEUGASS. — Ein Fall von syphilitischem Primäraffect der Nasenscheidewand. *Verhandl. d. verdeutscher Laryngol.* 8 juin 1908. *Zeitschr. f. Laryngol.*, etc, 1908, fasc. III.
- SANTI PUSATERI. — *Arch. ital. di otol. rhinol. et laryngol.* Turin 1907, 2^e série p. 482. *Analyse de la Revue de Laryngologie*, 2 janvier 1909. Syphilis primaire de la cloison nasale à type néoplasique.
- BATUT. — Syphilis du nez. *Journ. des maladies cutanées et syphilitiques* n° 3, mars 1908, p. 177.
- GAUCHER ET GIROUX. — Chancre syph. de la pituitaire. *Annales des maladies vénériennes*, sept. 1908. p. 693.
- P. STANCANELLI. — Un cas de chancre syphilitique de la muqueuse nasale. *Annales des maladies vénériennes*, mai 1909.
- DE AMICIS. — *In* Stancanelli, *Ibid.*
- DUPOND. — Chancre induré de la fosse nasale droite. *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie* 5 mars 1910 p. 273.
- D. LEIKINE. — Chancre induré de la muqueuse du nez. *Journal russe des maladies cutanées et vénériennes* février 1909. *Analyse de la Revue de Laryngologie*, 7 mai 1910, p. 563.
- Georges PAUTET. — Chancre syphilitique de la cloison nasale. *Revue de Laryngologie*, 11 octobre 1913.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- RICORD. — *Leçons sur le Chancre*, 1858, rédigées et publiées par Alfred Fournier.
- Aimé MARTIN. — De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle. *Thèse de doctorat*, Paris 1863-64, p. 63.
- ROLLET. — *Traité des maladies vénériennes*, 1865 p. 693 et 704.
- CULLERIER. — *Traité des maladies vénériennes*, 1866.
- LANCEREAUX. — *Traité de la syphilis*, 1873.
- MAURIAC. — *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1881.
- Armand RIZAT. — *Manuel pratique des maladies vénériennes*, 1881.
- GUIGNARD. — Contribution à l'étude des chancres extragénitaux. *Thèse de doctorat*, Paris, 1882-83.
- JULLIEN. — *Traité des maladies vénériennes*. Ed. 1886, page 527-585.
- NIVET. — De la fréquence relative des différentes variétés de chancres syphilitiques extragénitaux chez l'homme et chez la femme. *Thèse de doctorat*, Paris, 1887-88.

- DUPOND. — Etude sur la syphilis du nez et des fosses nasales. (Accidents pimitifs et secondaires), *Thèse de doctorat*, Bordeaux, 1886-87.
- Hermann ZEISSL. — Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, trad. franç. de Raugé, 1888.
- A. POSPELOW. — Ueber extragenitale Syphilis infection, *Archiv. für dermatologie und syphiligraphie*, Wien. 1889, pages 59-94 et pages 217-235.
- PRISSMANN. — Extragénital chancres of nasal mucous membrane, *Wratsch...*, 1889, n. 9.
- STOURME. — Essai sur le pronostic du chancre céphalique induré. *Thèse de doctorat*, Lyon, 1888-1889.
- VESLIN. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1890, p. 317.
- J. NEUMANN. — Ueber extragenitale Sklerosen, *Wiener med. Wochenschrift*, 1890, p. 4.
- FEULARD. — Relevé des chancres syphilitiques extragénitaux observés dans le service de la clinique de M. le Prof. Fournier, du 1^{er} février 1890 au 1^{er} novembre 1891. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1892, p. 805.
- SEVERINI Nicola. — Sulla varietà di frequenza e di sede della sifilosclerosi iniziale extragenitale. Roma, *Tipographia Ciotola*, 1892.
- REBOUL. — Recherche sur l'étiologie des chancres syphilitiques céphaliques. *Thèse de doctorat*, Bordeaux, 1892 93.
- SALSOTTO. — Sifilomi extragenitali ed epidemia di sifilide. Unione tipograf editrice, Torino, 1892.
- PETER. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. 1893, p. 762.
- P. CHAPUIS. — Le chancre de la muqueuse pituitaire, *Gazette des Hôpitaux*, 13 octobre 1894, p. 1103.

- BAZENERYE. — Etude clinique sur la syphilis nasale acquise. *Thèse de doctorat*, Paris, 1894-95.
- LE BART. — Le chancre primitif du nez et des fosses nasales. *Thèse de Doctorat*, Paris, 1894-95.
- R. KREFTING. — Extragénitale Syphilis infection. *Archiv. f. dermatologie u. syphilis*, 1894, XXVI, p. 167.
- BRUNON Pierre. — Le chancre syphilitique des fosses nasales. *Thèse de Médecine*, Lyon, 1895-96.
- TISSIER. — De la syphilis du nez. *Gazette des hôpitaux*, 15 février 1896. n° 20, p. 187.
- G. GAVELLO. — Chancre de la narine droite. *Archivio italiano d'Otologia, Rhinologia et Laryngologia*, vol. VIII, fasc. I, p. 87, 1896-97.
- MUNCHEIMER. — Ueber extragénitale Syphilis infection. *Arch. f. dermat. und syph.*, p. 65, 1897. t. XL, p. 191.
- BLOCH. — Uber extragénitale. Syphilis infection. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.* 1897, p. 65, t. XXXIX.
- J. GAREL. — Le chancre syphilitique intra-nasal. *Lyon Médical*, 5 août 1900, p. 469-480.
- PARKER. — Notes on acquired syphilis of the nose and pharynx (*The Lancet*, 1901, p. 237-238).
- BALZER et LECORNU. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, décembre 1901, t. II, p. 1091. — *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Compte rendu de la séance du 5 décembre 1901.
- VIGNOLO-LUTATI. — Sifilomi extra-genitali. Un caso di sifiloma iniziale delle naria (*Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle*, 1903, f. 2, pages 151-162).
- ROLLESTON. — A case of intra-nasal chancre simulating nasal diphtheria (*The Lancet*, London, 1906).

PUSATERI. — Sur les accidents primaires de la cloison nasale (*Intern. Centralbl. f. Ohrenheilk.* Band. V. Heft 5, 1907).

P. MINASSIAN. — Trenta casi di sifilomi extragenitali, fra cui due sifilomi del naso. *Rivista Veneta di Science mediche*, 15 novembre 1906 (Compte rendu dans : *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1907, p. 207).

LENOBLE. — Du chancre syphilitique du nez et spécialement du chancre de la pituitaire. Thèse de doctorat. Paris, 1907-1908.

J. GAREL. — Diagnostic et traitement des Maladies du nez, 3^e édition, Paris 1910.

LUCIEN FROMENT. — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du nez et en particulier de sa localisation au cornet inférieur. Thèse de doctorat. Paris, 1912-1913.

